

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**  
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE**  
**V OŠETŘOVATELSTVÍ NA ODDĚLENÍCH INTENZIVNÍ PÉČE**

Bakalářská práce

Autor práce: **Marcela Ledvinová**

Vedoucí práce: **Mgr. Jitka Pánková**

2019

**CHARLES UNIVERSITY**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**BASAL STIMULATION CONCEPT AND ITS USE IN NURSING CARE**  
**AT INTENSIVE CARE DEPARTMENTS**

Bachelor's thesis

Author: **Marcela Ledvinová**

Supervisor: **Mgr. Jitka Pánková**

2019

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....

.....

Marcela Ledvinová

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Jitce Pánkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, čas a pomoc při její přípravě. Dále děkuji náměstkyni pro ošetrovatelskou péči v Oblastní nemocnici Náchod a.s. Mgr. Markétě Vyhnanovské za povolení průzkumného šetření na odděleních intenzivní péče. A v neposlední řadě děkuji všem všeobecným sestřám za jejich ochotu a čas při realizaci průzkumného šetření.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>9</b>
<b>1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1 HISTORICKÝ VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE</b> .....	<b>10</b>
1.1.1 VÝVOJ KONCEPTU V EVROPĚ.....	11
1.1.2 VÝVOJ KONCEPTU V ČESKÉ REPUBLICE.....	11
<b>1.2 PODSTATA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE</b> .....	<b>12</b>
1.2.1 VNÍMÁNÍ.....	12
1.2.1.1 VÝVOJ VNÍMÁNÍ V PRENATÁLNÍM OBDOBÍ .....	12
1.2.1.2 VÝZNAM STIMULACE VNÍMÁNÍ.....	13
1.2.1.3 TECHNIKY PRO STIMULACI VNÍMÁNÍ .....	13
1.2.2 POHYB.....	14
1.2.2.1 VÝVOJ POHYBU V PRENATÁLNÍM OBDOBÍ.....	14
1.2.2.2 VÝZNAM PODPORY MOTORIKY .....	15
1.2.3 KOMUNIKACE .....	15
1.2.3.1 FORMY KOMUNIKACE V PRENATÁLNÍM OBDOBÍ.....	15
1.2.3.2 VÝZNAM PODPORY KOMUNIKACE.....	15
<b>1.3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA KONCEPTU BS</b> .....	<b>17</b>
1.3.1 NEUROFYZIOLOGICKÁ PODSTATA KONCEPTU BS.....	17
1.3.1.1 ONTOGENETICKÝ VÝVOJ CNS .....	18
1.3.1.2 FYZIOLOGIE CHOVÁNÍ A PAMĚTI .....	19
1.3.2 GENETICKÉ PRVKY VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE. ....	20
1.3.3 FYZIOTERAPEUTICKÝ BOBATH KONCEPT.....	21
1.3.4 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA .....	22
<b>1.4 CENTRÁLNÍ CÍLE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE</b> .....	<b>22</b>
<b>1.5 AUTOBIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA</b> .....	<b>23</b>

<b>1.6</b>	<b>PRVKY KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE .....</b>	<b>23</b>
1.6.1	ZÁKLADNÍ PRVKY .....	24
1.6.1.1	SOMATICKÁ STIMULACE .....	24
1.6.1.2	VESTIBULÁRNÍ STIMULACE .....	29
1.6.1.3	VIBRAČNÍ STIMULACE .....	30
1.6.2	NÁSTAVBOVÉ PRVKY.....	30
1.6.2.1	TAKTILNĚ-HAPTICKÁ STIMULACE .....	31
1.6.2.2	OLFAKTORICKÁ STIMULACE .....	31
1.6.2.3	OPTICKÁ STIMULACE.....	31
1.6.2.4	AUDITIVNÍ STIMULACE .....	32
1.6.2.5	ORÁLNÍ STIMULACE .....	33
<b>2</b>	<b>INTENZIVNÍ PÉČE.....</b>	<b>34</b>
<b>2.1</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V INTENZIVNÍ PÉČI .....</b>	<b>35</b>
<b>2.2</b>	<b>POTŘEBY PACIENTA V INTENZIVNÍ PÉČI.....</b>	<b>35</b>
<b>2.3</b>	<b>SPECIFIKA KOMUNIKACE V INTENZIVNÍ PÉČI .....</b>	<b>36</b>
2.3.1	KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY V INTENZIVNÍ PÉČI .....	37
<b>2.4</b>	<b>PACIENT V BEZVĚDOMÍ.....</b>	<b>38</b>
2.4.1	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA V BEZVĚDOMÍ.....	39
2.4.1.1	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	39
2.4.1.2	HYGIENICKÁ PÉČE U PACIENTA V BEZVĚDOMÍ .....	40
2.4.1.3	PÉČE O DÝCHACÍ CESTY.....	40
<b>2.5</b>	<b>STRESORY PŮSOBÍCÍ NA PACIENTY V INTENZIVNÍ PÉČI .....</b>	<b>40</b>
<b>2.6</b>	<b>BAZÁLNÍ STIMULACE V INTENZIVNÍ PÉČI.....</b>	<b>41</b>
<b>3</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>42</b>
<b>3.1</b>	<b>CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>42</b>
<b>3.2</b>	<b>METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>42</b>
3.2.1	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ METODY .....	42

3.2.2	CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ.....	43
3.2.3	REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	43
3.2.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	44
<b>3.3</b>	<b>ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>44</b>
<b>4</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>69</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>75</b>
	<b>ANOTACE .....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>84</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>86</b>

# ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá tématem: „*Využití konceptu bazální stimulace v ošetrovatelství na odděleních intenzivní péče*“. Zvolené téma jsem si vybrala proto, jelikož mne problematika konceptu bazální stimulace (BS) velmi zajímá, chtěla jsem se o ní dozvědět více informací a v budoucnu bych se také chtěla stát absolventkou kurzu bazální stimulace. Pojem bazální stimulace mi byl poměrně vzdálený, setkala jsem se s ním až při studiu a posléze na odborných praxích, nicméně s přímou aplikací prvků bazální stimulace v praxi jsem se setkala jen zřídka. Bylo pro mne překvapujícím zjištěním, jak velký efekt a příznivý vliv má aplikace bazální stimulace nejen na fyzický, ale i psychický stav pacientů, zejména pak v intenzivní péči. Na odděleních intenzivní péče se často nacházejí pacienti ve velmi těžkých stavech, přičemž na ně působí mnoho různých negativních vlivů, jež se pak odráží na stavu každého jednotlivého pacienta. Proto je velmi důležité, aby pacientům na těchto odděleních byla zajištěna vhodná forma komunikace, pocit jistoty a bezpečí, uspokojení základních lidských potřeb aj. Díky aplikaci bazální stimulace lze všechny tyto oblasti naplnit. Velmi důležitá je však také spolupráce všech členů multidisciplinárního týmu a neméně důležitá je i spolupráce rodiny pacienta.

Již mnoho výzkumů a kazuistik prokázalo pozitivní účinky konceptu bazální stimulace na zdravotní stav pacienta, a tak mě dále zajímalo, do jaké míry je tento pojem na odděleních intenzivní péče znám a jak často je na těchto odděleních využíván.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá poznatky z oblasti bazální stimulace. Přibližuje její historický vývoj, popisuje základní pojmy v oblasti konceptu bazální stimulace a využití konceptu v praxi, zejména pak v intenzivní péči. Empirická část bakalářské práce zahrnuje analýzu a interpretaci dat na základě kvantitativního výzkumného šetření.

Cílem práce je zmapovat, do jaké míry je koncept bazální stimulace na odděleních intenzivní péče v ONN a.s. využíván a zda je z pohledu všeobecných sester vnímán jako efektivní. Dílčími cíli jsou: zmapovat informovanost a vzdělávání sester v konceptu bazální situace; zjistit, jaké prvky z konceptu bazální stimulace jsou nejčastěji využívány; a zmapovat, zda sestry aplikaci konceptu bazální stimulace vnímají výhledově jako časově návratnou z hlediska péče o pacienta.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace (BS) je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který podporuje vnímání, komunikaci a hybnost. Je uznávaným konceptem v mnoha zemích Evropy a využívá se zejména v oblasti speciální pedagogiky a v ošetrovatelství. Ošetrovatelská péče je v konceptu sestavena tak, aby zajišťovala podporu zachovaných komunikačních a pohybových schopností klienta. Hlavní podstatou konceptu bazální stimulace je potřeba holistického vnímání jedince. Předpokladem je spolupráce klienta a začlenění jeho příbuzných do procesu (Veverková, 2019, s. 55).

Koncept bazální stimulace nabízí klientovi jasné informace o své osobě a okolí, je založen na základních (bazálních) zkušenostech z raného vývojového období člověka. Umožňuje lepší orientaci u klientů s poruchami vědomí, komunikace či pohybu. Klient je v konceptu BS chápán jako rovnocenný partner s vlastní individualitou (Nydahl, 2017, s. 1).

Koncept bazální stimulace poskytuje značnou podporu lidem, u kterých nastane změna v oblasti vnímání, komunikace či hybnosti. Podpory dosáhneme cílenou stimulací smyslových orgánů. Podpora vnímání, komunikace i hybnosti klientů je založena na cílené stimulaci uložených vzpomínek, čímž je možné znovu aktivovat mozkovou činnost. Struktura péče vychází z biografie člověka, jeho rituálů a životních potřeb. Jedná se o koncept zaměřený na tělo, jelikož tělo klienta je klíčovým předmětem pracovních aktivit terapeutů, ošetrováků a pedagogů. V konceptu bazální stimulace je hlavním objektem člověk, který se ocitne v těžké životní situaci a není schopen si zajistit péči o sebe samého z důvodu nemoci, postižení, úrazu či stáří. Potřebuje tak pomoc jiné osoby, aby mu bylo umožněno vnímat a přiblížit okolní svět na úroveň jeho schopnosti vnímání, aby mu bylo porozuměno i bez využití verbální komunikace, aby se mohl pohnout či změnit svou polohu a aby ho někdo mohl kompletně zaopatřit a doprovázet v těžké životní situaci (Friedlová, 2018, s. 17, Friedlová, 2007, s. 19).

## 1.1 HISTORICKÝ VÝVOJ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

V roce 1975 Andreas Fröhlich, německý speciální pedagog v centru pro tělesně a mentálně postižené děti a dospívající, vypracoval pro tuto skupinu dětí koncept bazální stimulace a stal se tak jeho autorem. Předpokládal, že i děti s velmi vážným postižením, jsou schopny vnímání určitých podnětů i přes to, že nevykazují žádné viditelné reakce. Tyto děti, dle autora konceptu, potřebují cílené a systematické informace o sobě a svém prostředí. Vyžadují základní formu komunikace, již mohou vnímat a reagovat tak na stejné úrovni (Bartoszek, 2012).

Profesor Fröhlich vycházel z poznatků prenatalní vývojové psychologie a zaměřoval se na podporu senzomotorické komunikace (Friedlová, 2007, s. 13).

V roce 2013 obdržel na mezinárodní konferenci v Praze Zlatou medaili Vysoké školy zdravotnictví a sociální práce svaté Alžběty v Bratislavě za přínos českému a slovenskému ošetrovatelství. Byl mu také udělen Spolkový záslužný kříž a Zlatý čestný odznak Německého ošetrovatelského svazu.

Možnost využití konceptu v intenzivní ošetrovatelské péči o lidi s těžkými neuromuskulárními deficity a pro seniory trpící demencí zaznamenala v 80. letech prof. Christel Biensteinová a vytvořila tak strategii ošetrovatelské stimulační péče v konceptu bazální stimulace. Prof. Christel Biensteinová vycházela z koncepce ošetrovatelství, tudíž ze základního principu individuální ošetrovatelské péče, která vychází z vědeckých základů, což dle profesorky umožňuje právě koncept bazální stimulace (Friedlová, 2018, s. 22).

Prof. Biensteinová je v současné době vědkyní v oblasti výzkumu ošetrovatelské péče, zdravotní sestrou a pedagožkou. V roce 2004 jí byl udělen Spolkový záslužný kříž za zásluhy v rozvoji ošetrovatelství a v roce 2013 obdržela, stejně jako prof. Fröhlich, na mezinárodní konferenci v Praze Zlatou medaili Vysoké školy zdravotnictví a sociální práce svaté Alžběty v Bratislavě za přínos českému a slovenskému ošetrovatelství (Friedlová, 2018, s. 23).

Od konce 80. let 20. stol. prof. Fröhlich a prof. Biensteinová společně rozvíjejí koncept BS za spoluúčasti dalších odborníků. Vypracovali systém vzdělávání certifikovaných lektorů konceptu BS pro zajištění podstatného přenosu konceptu do praxe (Friedlová, 2018, s. 24).

### **1.1.1 VÝVOJ KONCEPTU V EVROPĚ**

V zemích Evropské unie patří BS k uznávaným a aplikovaným konceptům zejména v oblasti pedagogiky a ošetřovatelství (Friedlová, 2007, s. 14).

V současnosti také patří bazální stimulace mezi nejpobulárnější ošetřovatelské koncepty v ošetřovatelství v zemích Evropské unie. V zahraničí je koncept BS integrován do výuky ošetřovatelství na zdravotnických školách a v klinické praxi se koncept využívá na mnoha pracovištích (Sedlářová, 2008, s. 131).

V roce 2000 byla na podnět prof. Fröhlicha, prof. Biensteinové a dalších kolegů z různých zemí Evropy založena Mezinárodní asociace Bazální stimulace. Více než tisíc certifikovaných lektorů konceptu z patnácti zemí Evropy je v současnosti sdruženo v Mezinárodní asociaci Bazální stimulace. Hlavním záměrem Mezinárodní asociace bazální stimulace je zajištění a podpora vzdělávání certifikovaných lektorů, kteří zajistí integraci konceptu BS do zdravotní péče, sociálních služeb atd. (Friedlová, 2018 s. 29).

### **1.1.2 VÝVOJ KONCEPTU V ČESKÉ REPUBLICE**

První mezinárodně certifikovanou lektorkou konceptu BS v České a Slovenské republice je PhDr. Karolína Friedlová, která od roku 2000 zavádí tento koncept do péče ve zdravotnictví, sociálních službách a v oblasti vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. V lednu roku 2003 se na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci konal historicky první Základní kurz Bazální stimulace v České republice. V roce 2004 pak proběhl první Nástavbový kurz opět na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V témže roce vstoupila ČR do Evropské unie a koncept byl zařazen do Vyhlášky MZ ČR, již se stanovují činnosti všeobecné sestry. V říjnu 2005 byl ve Frýdku-Místku založen INSTITUT Bazální stimulace, kde také proběhla historicky 1. národní konference Bazální stimulace.

Od ledna 2003 do září 2018 bylo v ČR INSTITUTem Bazální stimulace proškolen celkem 348 zařízení, které poskytují zdravotní péči nebo sociální služby. Od roku 2006 se v ČR uskutečňují odborné audity, tedy supervize proškolených pracovišť. Po úspěšném splnění všech stanovených podmínek k certifikaci pracoviště je supervidovaným zařízením vystaven certifikát „Pracoviště Bazální stimulace“. Od roku 2006 bylo provedeno celkem 226 supervizí (Friedlová, 2018 s. 27).

## **1.2 PODSTATA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE**

Koncept je založen na základě poznatků z pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetrovatelství. Teoretické východisko konceptu je založeno na předpokladech neurofyziologického vývoje, genetických prvcích vývojové psychologie, dále pak fyzioterapie, psychologie a pedagogiky. Jak již bylo zmíněno, mezi základní objekty bazální stimulace patří vnímání, komunikace a pohyb. Tyto složky jsou velmi úzce propojené a u klienta by měly být jeho zachovalé schopnosti v těchto oblastech respektovány (Sedlářová, 2008 s. 132).

Koncept bazální stimulace podporuje vývoj u lidí, jež jsou krátkodobě či dlouhodobě omezeni ve vnímání, komunikaci a hybnosti. Ztráta pohybových schopností a nedostatečné množství podnětů z okolí vede k senzomotorické deprivaci a následně k nedostatečnému vlastnímu uspořádání neuronální sítě (Veverková, 2019, s. 55).

Smyslové orgány, jimiž vnímá každý člověk, se vyvíjejí již v embryonální fázi, a pro každého jedince mají nenahraditelný význam. Předpokladem pro pohyb a komunikaci s okolím je schopnost vnímání sebe sama (Friedlová, 2015 s. 31).

### **1.2.1 VNÍMÁNÍ**

Vnímání je subjektivní prožitek, avšak na základě získaných zkušeností se výrazně mění. Nelze předpokládat, že lidé, po závažné životní změně (např. vážná nemoc, poranění mozku atd.) vnímají sebe a své okolí stejným způsobem, jako tomu bylo před prožitou událostí (Nydahl, 2017, s. 1).

Vnímání somatických, vestibulárních a vibračních podnětů má význam již v prenatálním vývoji člověka a rovněž vytváří základ pocitu bezpečí. Na vývoj těchto základních oblastí vnímání navazuje dále vývoj audiorytmického, orálního, olfaktorického, auditivního, taktilního a vizuálního vnímání (Friedlová, 2015 s. 31).

#### **1.2.1.1 VÝVOJ VNÍMÁNÍ V PRENATÁLNÍM OBDOBÍ**

Výzkumy, zabývající se oblastí vnímání prokazují, že již v 8. týdnu embryonálního vývoje je zárodek schopen zareagovat na somatické podráždění jemným vláknem. V tomto období lze prokázat i bioelektrickou aktivitu mozku. Od 9. týdne již u embrya dochází k pohybu vyvíjejících se končetin a od 11. týdne plod vykonává dýchací pohyby. Od

12. týdne jsou pohyby zřetelnější a prokazatelné u horních a dolních končetin, úst a hlavičky. Od 4. měsíce umí plod cíleně zaujmout svou pozici.

Primárně se tedy vyvíjí vnímání somatické, vestibulární a vibrační. Informace z těchto tří oblastí pak poskytují dítěti dostatek informací k uvědomění si hranic sebe sama a okolí. Somatické vnímání je zprostředkováno kůží. Vestibulární aparát umožňuje uvědomění si pohybu a orientaci v prostoru. Vibrační percepce člověku zajišťuje a zpracovává vnímání přicházejícího chvění, hlasů, tónů, zvuků atd. (Sedlářová, 2008 s. 132).

### **1.2.1.2 VÝZNAM STIMULACE VNÍMÁNÍ**

Aby bylo u dítěte dosaženo prokazatelné reakce na různé podněty, je zapotřebí určitého (tj. adekvátního) stupně vývoje stavby a funkce nervového systému. Jedním z projevů plasticity nervového systému je schopnost uložit a uchovávat informace, jedná se o obecnou a nejvýraznější vlastnost v časném období života. Vývoj mozku proto nezávisí pouze na biologicky daných skutečnostech a genetických informacích, ale také na prostředí, kterým je organismus obklopen, zejména pak s důrazem na rozmanitost jednotlivých stimulů. Jestliže okolní prostředí člověka vytváří nedostatečné množství podnětů, dochází k senzorycké deprivaci. Při současném nedostatku pohybu pak k senzomotorické deprivaci. Z těžké podnětové a pohybové deprivace následně vzniká sekundární poškození intelektu (Sedlářová, 2008, s. 133).

### **1.2.1.3 TECHNIKY PRO STIMULACI VNÍMÁNÍ**

Stálá výměna mezi vnímáním, pohybem a komunikací tvoří základ pro všechny aktivity člověka. Předpokladem pro kvalitní a účinnou stimulaci vnímání je podrobná autobiografická anamnéza, stanovení reálných cílů, sestavení adekvátního ošetřovatelského plánu a souvislé hodnocení reakcí klienta na poskytovanou stimulaci. Techniky konceptu se rozdělují na prvky základní a nastavbové stimulace.

**Prvky základní stimulace:** somatická, vestibulární, vibrační

**Prvky nastavbové stimulace:** optická, auditivní, taktilně-haptická, olfaktorická, orální  
(Friedlová, 2007, s. 23 – 24)

## 1.2.2 POHYB

Pohyb je jedním ze základních projevů organismu. Pohyb celého organismu, či jeho části je především odpověď na změny vzniklé uvnitř organismu, nebo na procesy v jeho okolí. I přes to, že je primárním cílem pohybu lokomoce, má pohyb člověka i funkce komunikační a je nenahraditelný při vyjádření emočních stavů. Neschopnost vykonání pohybu nebo omezená pohybová aktivita je vnímána negativně, a její důsledky se projevují nejen v pohybovém systému, ale i v řadě dalších orgánových soustav (Švestková, 2017, s. 37).

Člověk je prakticky celý život schopen pohybu, jenž je důležitý pro udržení pozice těla, zajištění chůze, získávání a přijímání potravy, vyprazdňování, dýchání, rozmnožování, práci. Vnímání a pohyb také nelze oddělit, jelikož pohybu předchází myšlenka na pohyb (Friedlová, 2015 s. 34).

### 1.2.2.1 VÝVOJ POHYBU V PRENATÁLNÍM OBDOBÍ

Pohybové schopnosti člověka se rozvíjejí již od časného nitroděložního období. Vývoj motoriky pak plně odráží vývoj nervové soustavy. První spontánní pohyby, jež jsou charakteristické otáčením hlavy či trupu v malém rozsahu, byly zaznamenány již ke konci 5. embryonálního týdne. V 7. týdnu bylo zaznamenáno „waning a waxing“ (odtahování a přitahování), které přetrvává i první měsíce po narození. Tyto pohyby jsou charakterizovány flexí a extenzí jednotlivých částí těla a končetin. Rovněž lze v 7. týdnu embryonálního vývoje vybavit u embrya první reflexní odpověď z cervikální oblasti míchy. Vývoj dále pokračuje zvyšováním svalového napětí a na konci 8. týdne jsou založeny téměř všechny svaly. Plně se mohou rozvíjet geneticky dané motorické vzorce. V 6. až 7. gestačním měsíci je již plod schopen reakce na taktilní, akustické, vizuální i chuťové podněty (Švestková, 2017, s. 68).

Po narození se motorika vyvíjí ve čtyřech stádiích. Jde konkrétně o holokinetické, monokinetické, dromokinetické a kratikinetické stadium. Holokinetické stadium hybnosti trvá od narození a je charakteristické nekoordinovanými pohyby všech končetin a reflexy. Monokinetické stadium trvá od konce 2. měsíce do 5. měsíce a jde o samostatný pohyb jednou končetinou, vyskytuje se souhra ruka-ústa. Postupně se uplatňuje cílená motorika. Dromokinetické stadium, pro nějž jsou charakteristické pohyby mající správný směr, nastupuje na konci 5. měsíce. Poslední, krakinetické stadium nastupuje s dokončením 1. roku života a trvá po zbytek života (Friedlová, 2007, s. 25).

### **1.2.2.2 VÝZNAM PODPORY MOTORIKY**

Senzomotorická inteligence je první forma inteligence. Trvá po celý první rok života. Tato inteligence je základem veškerého myšlení, obsahuje zkušenosti s pohybem a vnímáním. Senzomotorika zahrnuje aktivity týkající se vnímání, držení těla a pohybu. Lidé, kteří se nemohou následkem úrazu nebo onemocnění verbálně vyjadřovat, řeší problémy právě senzomotorikou. K podpoře hybnosti využívá koncept BS techniky všech základních i nastavbových prvků. Hybnost je podporována stimulací vnímání, přičemž významnou roli hraje také motivace klienta. Vhodný stimul, který je spojen se silným motivem, může u klienta podpořit vnímání a aktivizovat ho k provedení pohybu (Friedlová, 2007, s. 27 – 29).

### **1.2.3 KOMUNIKACE**

Komunikace je předpokladem pro sociální interakci a je velmi důležitá při získávání různých informací. Při realizaci bazální stimulace je komunikace s klientem podstatnou součástí každé aktivity s využitím verbálních i nonverbálních komunikačních kanálů. Při komunikaci s klientem je zapotřebí všimnout si všech komunikačních signálů, hlavně těch neverbálních. Pozornost by měla být věnována všem způsobům neverbální komunikace, nejen gestům, mimice nebo očnímu kontaktu, ale i drobným pohybům, změnám svalového napětí, dýchání či obranným reakcím (Zikl, 2014, s. 118).

#### **1.2.3.1 FORMY KOMUNIKACE V PRENATÁLNÍM OBDOBÍ**

První formy komunikace se vyvíjí již v prenatálním vývoji člověka, a to mezi matkou a plodem. V embryonální fázi se rozvíjí smyslové vnímání, jež je předpokladem komunikačních procesů. První formy komunikace mezi matkou a plodem probíhají na podkladě somatického, vibračního a vestibulárního vibračního kanálu. Po 8. týdnu těhotenství se u plodu vyvíjí schopnost vnímat vibrace a zvuky. Hlas matky vnímá plod na auditivní i vibrační bázi. Během in utero života se také plod aktivně účastní komunikace s matkou (Friedlová, 2015, s. 37).

#### **1.2.3.2 VÝZNAM PODPORY KOMUNIKACE**

Člověk může ke komunikaci využít mnoho jiných možností, které má k dispozici, např.: vůně, doteky, chuťové vjemy, změnu polohy těla atd. Jako komunikační kanály

v komunikačním procesu v konceptu BS mohou fungovat všechny smyslové orgány, které má člověk zachovány vzhledem ke svému postižení, onemocnění, věku.

**Komunikační kanály v konceptu BS:** somatický, vestibulární, vibrační, auditivní, optický, olfaktorický, orální, taktilně-haptický.

Terapeut by měl umět profesionálně využívat všechny prvky komunikačních kanálů (Friedlová, 2015, s. 38 – 39).

Komunikace s klientem s omezenými vyjadřovacími schopnostmi nebo poruchou vědomí je velmi náročná a vyžaduje pozornost i nepatrných změn/reakcí v jeho chování.

### **Znamení příjemného pocitu klienta:**

- mžikání očí,
- částečné otevření očí a úst,
- klidný pohled,
- hluboký, klidný dech,
- uvolnění svalového napětí a mimiky.

### **Znamení nepříjemného pocitu klienta**

- zavření očí, bledost,
- neklidné, nepravidelné dýchání,
- zrychlený, nepravidelný pulz,
- křik, pláč, sténání,
- zvýšení svalového napětí, křečovitě pohyby, mimika,
- motorický neklid, stereotypní chování (Tomová, 2016, s. 103).

V konceptu BS se řadí doteky mezi základní lidské schopnosti, přes které se k člověku dostanou podněty z okolí. Pro klienta mohou být doteky jiné osoby jediným možným prostředkem, prostřednictvím kterého získávají informace o okolí i sobě samém. Klientovi se musí dát vždy najevo, kdy u něj začíná přítomnost a činnost druhé osoby a kdy končí. Tato informace se mu pak předá pomocí cíleného (tzv. iniciálního) doteku. Nejvhodnější místo na těle pro tento dotyk se stanoví na základě biografické anamnézy klienta (Tomová, 2016, s. 101).

**Vhodná místa pro iniciální dotek:** rameno, paže, ruka.



Klientova pozornost by se měla podpořit i verbálním projevem, např. pozdravením, oslovením, vysvětlením výkonu atd. Všichni, kteří přijdou do styku s pacientem, by také měli provést iniciační dotek.

#### **Pravidla pro komunikaci s klienty v konceptu BS - desatero bazální stimulace:**

- vždy se s klientem přivítat a rozloučit stejnými slovy,
- při oslovení využívat iniciační dotek na stejném místě,
- mluvit na klienta zřetelně, jasně, vlídně a ne příliš rychle,
- nezvyšovat hlas a mluvit přirozeným tónem,
- dbát na to, aby mimika, gestikulace a tón hlasu odpovídaly významu sdělovaných slov,
- při rozhovoru s klientem používat formu komunikace, na kterou byl zvyklý,
- nepoužívat v řeči zdrobnělé výrazy, pokud na to klient není zvyklý,
- nehovořit s více osobami najednou,
- při komunikaci s klientem se pokusit redukovat ruchy z okolního prostředí,
- umožnit klientovi zareagovat na sdělená slova (Tomová, 2016, s. 102).

### **1.3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE**

Koncept bazální stimulace je sestaven na podkladě tří různých vývojových modelů, které poukazují na to, že se jedinec vyvíjí na základě podnětů svého okolí. Pokud se tyto podněty nedostaví nebo je jich nedostatek, dochází ke snižování genetického vkladu (Müller, 2014, s. 362).

Dalšími východisky pro koncept BS se staly poznatky z ošetrovatelství a modelu péče Aktivita denního života, díky prof. Christen Biensteinové, která koncept BS přenesla do ošetrovatelské péče (Friedlová, 2015 s. 47).

#### **1.3.1 NEUROFYZIOLOGICKÁ PODSTATA KONCEPTU BS**

Centrální nervová soustava (CNS) je hlavním řídicím a integrujícím systémem v organismu. Ze všech systémů organismu má nejvyšší postavení. Význam CNS je charakterizován především řadou specifických funkcí a strukturálních odlišností.

Mezi významné vlastnosti CNS patří regulace funkcí organismu, rychlé a přesné zaznamenávání velkého množství informací o vnitřním a vnějším prostředí a zpracování těchto informací za využití předchozích údajů uložených v paměťových stopách. Dalšími specifickými vlastnostmi CNS jsou její identita, která je u každého jedince zcela odlišná a jedinečná, plasticita a trofická úloha (Kittnar, 2011, s. 573).

### 1.3.1.1 ONTOGENETICKÝ VÝVOJ CNS

**Prenatální vývoj CNS** se řídí předpoklady pro vývoj trubcové nervové soustavy. Tato trubcová úprava CNS je zachována ve spinální míše. Hlavní části mozku (přední mozek, střední mozek, zadní mozek) se postupně vyvíjejí ze tří základních mozkových váčků. Základy spinálních ganglií a ganglií určitých hlavových nervů vznikají z takzvané gangliové lišty.

Současné klinické nálezy prokazují, že již během intrauterinního života je plod schopen aktivně se účastnit komunikace s matkou. Ve 2. měsíci těhotenství dochází u plodu ke svalové kontrakci a je schopen reakce na taktilní podněty. Od 3. měsíce pohybuje horními i dolními končetinami, ústy a hlavičkou. V 6. – 8. měsíci je plod schopen reakce nejen na taktilní, ale i akustické, vizuální a chuťové podněty, a tak vyvířet podmíněné reflexy.

**Postnatální vývoj CNS** je zahájen porodem. Mozek novorozence váží zhruba 400 g a je funkčně i morfoloicky nezralý. Vývoj CNS je po přechodu do prostředí, které je bohaté na různé podněty, značně stimulován a do jisté míry i usměřován. V průběhu kojeneckého období mozek velmi rychle roste na základě aktivně rostoucí gliální populace. Na konci prvního roku života má již mozek téměř dvojnásobnou hmotnost (asi 800 g). Postupně se čím dál více uplatňuje řeč a výrazný je také psychomotorický vývoj. Ve třetím roce života je hmotnost mozku téměř trojnásobná (cca 1200 g) a dítě si začíná uvědomovat svou osobnost. Kolem šestého roku dosahuje hmotnost mozku dolní hranice dospělého člověka (1250 g). Je dokončována arborizace a myelinizace neuronů, výrazně se zlepšuje paměť a dítě začíná rozlišovat mezi tím, co říká a co si myslí. Během puberty se mozek zvětšuje hlavně v čelních lalocích a váží přibližně 1400 g. Také se značně posunuje psychomotorický vývoj. Hmotnost mozku dosahuje celkem 1300 – 1500 g do 25 – 30 let. V tomto období je také dokončena morfoloická struktura. Činnost mozkové kůry se však stále zlepšuje.

Asi od 50ti let začíná hmotnost mozku klesat, ale počet neuronů se snižuje již dříve. S postupem času se snižuje také hustota dendritického větvení, hlavně korových neuronů (Kittnar 2011, s. 574 – 576; Trojan, 2003, s. 539 – 539).

### 1.3.1.2 FYZIOLOGIE CHOVÁNÍ A PAMĚTI

Chování člověka zahrnuje prvky jak vrozené (geneticky určené) tak získané (vytvořené v průběhu života). Obě tyto složky se v různém poměru podílejí na výsledném chování člověka a vzájemně se doplňují. Ve stádiu vývoje jedince se genetické informace, které jsou uloženy v jaderné DNA, transkribují do struktury organismu, a tudíž i do nervového systému, čímž se na základě stavby a způsobu vzájemného propojení jednotlivých neuronálních okruhů v mozku utváří vrozené mechanismy adaptace.

Paměť a učení jsou schopnostmi ukládat a využívat informace, které člověk získá v průběhu života. Tyto schopnosti jsou jedním z projevů plasticity nervového systému. Plasticita je obecnou vlastností nervového systému a umožňuje upravovat stavbu a funkci neuronálních systémů jak během vývoje, tak i po jeho skončení. Nejvýraznější je v raném období života, kdy má mozek schopnost dosáhnout značných anatomických a funkčních změn.

Aby bylo dosaženo uplatnění všech mechanismů, které zajišťují změny chování, je nutná dostatečná úroveň pozornosti a bdělosti. K základním funkčním systémům chování totiž patří nervové struktury, které řídí střídání spánku a bdění, ale i oblasti, jež jsou odpovědné za udržení pozornosti (Kittnar, 2011, s. 603 – 608; Trojan, 2003, s. 693; Rokyta, 2016, s. 373 – 374).

#### **Mechanismy regulující chování na základě vrozených informací**

Chování, jež je založené na vrozené informaci, je předáváno dalším generacím podle zákonů genetiky. Zděděná dispozice k určitému druhu chování se ale nemusí projevit. Vývoj nervového systému je však i velmi citlivý na podmínky, v nichž se organismus vyvíjí. Podněty z vnějšího i vnitřního prostředí mohou podstatně ovlivnit genetický přepis v období, které je označováno jako kritická vývojová perioda.

Mezi mechanismy, jež řídí chování na základě vrozených informací, patří: nepodmíněné reflexy, vrozené motivace, emoce a instinkty (Kittnar, 2011, s. 603 – 608; Trojan, 2003, s. 693; Rokyta, 2016 s. 373 – 374).

#### **Mechanismy regulující chování na základě získaných informací**

Změny v chování jedince mohou být založeny na individuálních zkušenostech, které jsou zprostředkovány mechanismy učení a paměti. Učení a paměť jsou součástí jednoho

procesu. Schopnost učit se a následně si naučené pamatovat se řadí mezi nejdůležitější vlastnosti nervového systému.

Mechanismy řídicí chování na základě získaných informací jsou: učení, podmíněné reflexy, vzdělávání, výcvik a paměť. V procesu učení se vytváří paměťová stopa, jež se opakováním upevňuje a následně vybavuje. Paměť dělíme podle délky trvání na okamžitou, krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Novější klasifikace rozlišuje paměť i na pracovní a referenční. Dlouhodobá paměť se dále rozděluje na explicitní (vědomé vybavování údajů) a implicitní (procesy na nevědomé úrovni), (Kittnar, 2011, s. 603 – 608; Trojan, 2003, s. 693; Rokyta, 2016 s. 373 – 374).

### 1.3.2 GENETICKÉ PRVKY VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE.

Švýcarský filozof Jean Piaget popisuje senzomotorické fáze vývoje inteligence, jako základ pro celkový kognitivní vývojový proces. Prostřednictvím pohybů a motorického jednání se člověk učí chápat, porozumět svému okolí a přizpůsobit se mu. Pokud je schopnost pohybu omezena nebo úplně vyřazena, je ztíženo, nebo dokonce znemožněno vybudování schémat jednání. Vývoj **zevních** schémat jednání pomocí senzomotoriky je dle Piageta předpokladem pro vytvoření **vnitřních** schémat jednání, tedy pro vývoj schémat myšlení (Müller, 2014, s. 363).

Z této myšlenky vychází i autor konceptu BS prof. Andreas Fröhlich. Senzomotorikou J. Piaget nazývá činnosti související s vnímáním, držení těla a pohybem. Prostřednictvím těchto činností je jedinec schopen řešit praktické problémy ještě před zahájením verbální komunikace. To je patrné zejména u dětí, jelikož než se dítě naučí mluvit, řeší úkoly právě senzomotorikou. V totožné situaci se nacházejí i lidé, kteří se nemohou z různých důvodů (např. následkem úrazu, onemocnění) verbálně vyjadřovat (Friedlová, 2015, s. 51).

Profesor Andreas Fröhlich v konceptu BS vychází z předpokladu, že s pomocí senzomotorických zkušeností může být u lidí se sníženou nebo změněnou schopností výkonu v oblasti vnímání, vyvoláno inteligentní chování. Působení na senzorní systémy cílenou stimulací s účelem aktivizace paměťové stopy je základem konceptu BS (Friedlová, 2007, s. 49 – 50).

### 1.3.3 FYZIOTERAPEUTICKÝ BOBATH KONCEPT

Bobath koncept je jedním z nejpoužívanějších přístupů v oblasti neurologické rehabilitace. Vychází z předpokladu, že konkrétními cílenými formami cvičení je možné získat nebo znovu dosáhnout pohyblivosti. Autory tohoto konceptu jsou lékaři Bertha a Karel Bobathovi. Začátek vývoje Bobath konceptu pro dospělé datujeme do roku 1943, kdy byla Bertha Bobathová požádána, aby se ujala léčby portrétního malíře Simona Elwese. Ten prodělal cévní mozkovou příhodu a následně trpěl svalovou spasticitou. Dr. Bobathová využila jednoduchou techniku rehabilitace spastických svalů, díky které se pacientův stav zlepšil a tuto metodu následně rozvíjela. Vystudovala také fyzioterapii a s manželem založila centrum pro mozkovou obrnu pro děti i dospělé. Karel Bobath studoval a zpracovával poznatky Berthy Bobathové na neurolofyzilogickém podkladě, aby poskytl vysvětlení konceptu na klinické úrovni. Manželé Bobathovi pak tento koncept popsali jako hypotetický, založený na klinických pozorováních a podložený výzkumem (Gjelsvik 2016; Raine 2009; Müller 2014, s. 364).

Jednotlivá cvičení se skládají z důsledného, systematického přísunu podnětů. Dítě, které samo neprovádí pohyby, na sobě zkouší změnu svalového napětí a kontrakce, totožně jako souhru jednotlivých pohybů svalů. Tento proces je definován jako kinesteticko-proprioceptivní vnímání. Pomocí těchto pocitů se pak vytvářejí nové struktury v mozku. Bobath koncept chápe tento postup jako výstavbu drah (Müller, 2014, s. 364).

U dospělých osob je Bobath koncept chápán jako vyšetřovací a terapeutický přístup zaměřený na řešení problémů způsobených poruchami CNS, které vedou k poruchám funkce. Terapie směřuje k optimalizaci funkce ve vlastním prostředí pacienta. Hlavním cílem Bobath konceptu je regulace svalového tonu; potlačení patologických pohybových vzorců a zamezení přidruženým reakcím; nabuzení a podpora fyziologických pohybových vzorců; vnímání a prožití pohybu; odbourání strachu; zohlednění zasažené strany a trénink integrace oproti kompenzaci (Švestková, 2017, s. 211 – 212).

Obdobně jako Bobath koncept, vychází i koncept bazální stimulace z poznatků neurofyziologie. Profesor Fröhlich, autor konceptu BS, vyšel z myšlenek Bobathových, zejména pak z idey zpracování podnětů v kinesteticko-proprioceptivní oblasti. Na základě této myšlenky byl přesvědčen, že zpracování sluchových, zrakových, čichových a chuťových podnětů je totožné a v CNS může vyvolat změny, které vedou ke stimulaci pohybu. Myšlenku tvorby motorických drah následně rozšířil na oblast uceleného vnímání člověka (Friedlová, 2015, s. 53).

### **1.3.4 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA**

Východisky pro koncept BS se také staly poznatky z ošetřovatelství a modelu péče aktivity denního života. A to díky prof. Ch. Biensteinové, která koncept BS přenesla do ošetřovatelské péče. Aktivity denního života určují činnosti člověka, které vedou k uspokojení fyzických, psychických a duchovních potřeb. Následkem úrazu, onemocnění či stáří nemohou být tyto potřeby plně uspokojovány.

Liliane Juchliová, švýcarská zdravotní sestra, označila aktivity denního života za koncept, jež je důležitý pro ošetřovatelskou péči. Koncept aktivit denního života vychází z myšlenky, že u pacientů s těžkou disabilitou funkcí, je rozhodující funkční výkonnost v oblasti soběstačnosti a sebeobsluhy (Friedlová, 2018, s. 54).

## **1.4 CENTRÁLNÍ CÍLE KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE**

Centrální cíle konceptu bazální stimulace formulovali v roce 2003 zakladatelé konceptu BS prof. Fröhlich a prof. Biensteinová, a to pro tvorbu individuálních plánů a péči v konceptu. Cílů bylo původně devět, s desátým přišel prof. Fröhlich v roce 2010. Centrální cíle jsou založeny na Maslowově pyramidě lidských potřeb. Jsou sestaveny tak, aby jejich prostřednictvím mohly být vyjádřeny potřeby klientů. Tyto cíle jsou shodné a jednotné pro celou Evropu.

Poskytovatelé péče by se měli umět vžít do situace klienta, podporovat ho a za jeho aktivní účasti těžkou životní situaci společně rozvíjet. Klient není považován jen za objekt péče, ale za jeho aktivní součást. Centrální cíle zahrnují priority, na které by se měli ošetřující v péči zaměřit, přičemž důležitý cíl nemusí být pouze jeden, může jich být několik. To umožňuje tvorbu individuálních plánů péče a u klienta tak mohou, i za účasti rodiny klienta, pracovat různí profesionálové (ošetřovatelský personál, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci, logopedi atd.) a současně sledovat stejné cíle (Friedlová, 2018, s. 41 – 42; Gmbh, 2019, s. 278).

### **Centrální cíle konceptu bazální stimulace:**

- zachovat život a zabezpečit vývoj,
- umožnit vnímat svůj vlastní život,
- zajistit pocit bezpečí a důvěry,
- vyvíjet svůj vlastní rytmus,

- uspořádat si svůj život,
- pomoci poznat okolní svět,
- vytvářet vztahy a umožnit setkání,
- dát a zažít smysl a význam věcí,
- umožnit soběstačnost a zodpovědnost za svůj život,
- objevovat svět a rozvíjet se (Gmbh, 2019, s. 278).

## 1.5 AUTOBIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA

Biografie klienta je velmi podstatným východiskem pro realizaci bazální stimulace. Předpokladem zařazení prvků konceptu bazální stimulace do péče o klienta, je znalost životních návyků, zvyků a prožitků. Biografie je významnou součástí anamnézy. Zahrnuje zvyky, rituály, oblíbené činnosti a další důležité údaje pro pochopení vnitřního světa klienta a poznání jeho potřeb. Jestliže je člověk hospitalizován, přichází o své důležité orientační složky, čímž ztrácí pocit jistoty, zvyšuje se míra stresu a klesá výkonnost.

Autobiografická anamnéza by měla obsahovat údaje o sociální situaci klienta, zdravotních deficitech, důležitých osobách v jeho okolí, denním rytmu, oblíbených činnostech, návycích, reakcích na doteky, oblíbených materiálech (chutích, vůních), spánkovém a hygienickém režimu, co rád jí a pije, o typickém chování atd. Tyto biografické údaje by měly být výchozím bodem pro individuální péči.

Velmi důležitým objektem v léčebném i ošetrovatelském procesu, jsou příbuzní pacienta. Pokud nejsou k dispozici rodinní příslušníci nebo blízcí klienta, kteří by byli schopni anamnézu vyplnit, tážeme se, pokud je to možné, přímo klienta. Anamnézu lze doplnit také o cíleně vedený rozhovor. Při odebrání anamnézy vždy respektujeme osobnost klienta. Jednotlivá zařízení by si měla vypracovat vlastní formuláře anamnézy, jež respektují skladbu jejich klientů, potřeby, ale i strukturu daného pracoviště (Friedlová, 2007, s. 131 – 133; Válková, 2015, s. 94; Zikl, 2014, s. 124).

## 1.6 PRVKY KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

Koncept bazální stimulace uznává různé vývojové stupně schopnosti vnímat, ve kterých se daná osoba právě nachází. Proprioceptivní vnímání souvisí se somatickým a vestibulárním vnímáním, vestibulární vnímání pak dále souvisí s vývojem optického

vnímání. V souvislosti s vibračním vnímáním se rozvíjí vnímání auditivní (Friedlová, 2007, s. 63 – 64).

Hlavním cílem integrace prvků konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče je zejména podpora vnímání vlastního těla, rozvoj vlastní identity, vnímání okolního světa, navázání komunikace s okolním prostředím, orientace v prostoru a čase, pohybové schopnosti a minimalizace následků imobility.

Využití prvků bazální stimulace je indikováno převážně u osob s omezenou hybností a komunikací. Jedná se zejména o osoby s porušeným vědomím, na umělé plicní ventilaci, imobilní osoby, jež jsou upoutány na lůžko, dezorientované osoby, osoby s demencí, s hypoxickým poškozením mozku, s Alzheimerovou chorobou, po cévní mozkové příhodě, po kraniocerebrálním traumatu a u umírajících (Bartoszek, 2012; Huber, 2013; Kalvach, 2011, s. 249).

### **1.6.1 ZÁKLADNÍ PRVKY**

Mezi základní prvky, které jsou v konceptu bazální stimulace využívány, patří stimulace somatická, vestibulární a vibrační. Primárním cílem využití těchto základních prvků je zabezpečit základní životní činnosti, potřeby a funkce (např. příjem stravy, dýchání, hygiena, polohování). Druhotným cílem je podpora hybnosti k obnovení soběstačnosti, pohybových návyků, ale i upevňování důvěry v sebe sama, získání pocitu jistoty a bezpečí, navázání vztahů a rozvoj komunikace.

Aplikací prvků konceptu bazální stimulace je možné značně omezit např. stavy neklidu či agresivity u klientů s demencí. U člověka v dlouhodobém bezvědomí nebo vegetativním stavu umožňuje bazální stimulace možnost nespécifického stimulování centrálního nervového systému. U lidí ve vegetativním stavu je značné riziko úzkostných či necílených obranných reakcí způsobených následkem náhodných a nesrozumitelných podnětů, především dotykových, pohybových a sluchových (Kalvach, 2011, s. 249 – 250).

#### **1.6.1.1 SOMATICKÁ STIMULACE**

Největším percepčním orgánem lidského těla je kůže. Prostřednictvím tohoto orgánu jsou člověku na základě somatického vnímání poskytovány vjemy z povrchu těla. Obraz těla, který je různě vytvořený, vnímá člověk v závislosti na vlastní zkušenosti. Tato představa je



tvořena hlavně kůží a svaly lidského těla. Při dlouhodobém bezvědomí, vysoké spasticitě či hypotonii není umožněn vznik požadované diferenciaci.

Cílem somatické stimulace je ulehčit navázání kontaktu na bazální, vegetativní úrovni, usnadnit orientaci klienta a zlepšit vnímání tělesného schématu. Jakmile dojde z různých příčin k výpadku některé z těchto forem vnímání, dochází ke změně vnímání tělesného schématu. K poruchám vnímání tělesného obrazu dochází např. u imobilních pacientů již do 72 hodin od vzniku ochrnutí nebo imobilizace (Kalvach, 2011, s. 250; Müller, 2014, s. 367; Friedlová, 2018b, s. 10).

Somatickou stimulaci je možné zahrnout do ošetřovatelské péče prakticky celý den. Při každé manipulaci s klientem dáváme pozor, aby naše doteky měly informační hodnotu a poskytly tak klientovi dostatek informací o jeho těle, zejména pak o jeho tělesných hranicích (Sedlářová, 2008, s. 134).

**Dotek** je nejzákladnější formou somatické stimulace a současně nejintenzivnější formou komunikace. Somatická stimulace je nejčastěji realizována prostřednictvím doteků rukou, přičemž jsou také často používány různé pomůcky (např. žínky, rukavice, další materiály). Díky využití těchto materiálů není kontakt tolik dominantní, a tak se lépe posílí pocit pro vlastní tělo. Lze využít různých variant, jako je např. použití fény, kdy teplý vzduch dodá tělu pocit rozměru a sounáležitosti. Důležitou roli hraje kvalita, lokalita a intenzita doteků. Místo vhodné pro iniciální dotek se volí na základě biografie klienta. Doteky vytvářejí vztahy a dávají jim smysl. Dále poskytují jistotu a zprostředkovávají orientaci (Müller, 2014, s. 367; Friedlová, 2018b, s. 10; Zikl, 2014, s. 122 – 123).

**Aby se předešlo vzniku obranných reakcí organismu, je vhodné dodržovat tato pravidla:**

- omezit letmé a velmi krátkodobé doteky,
- omezit všechny nekvalitní a rušivé doteky,
- omezovat uspěchané činnosti; ve spěchu jsou poskytovány nejasné informace, jež mohou způsobit pocit nejistoty,
- dotek by měl být proveden klidně a celou plochou ruky,
- pracovat s určitým tlakem, jež by měl být konstantní,
- u lidí se změnou vnímání či komunikace zavést iniciální dotek (Friedlová, 2018b, s. 11).

### **Rozdělení somatických stimulací dle konceptu bazální stimulace:**

- somatická stimulace zklidňující,
- somatická stimulace povzbuzující,
- somatická stimulace neurofyziologická,
- somatická stimulace symetrická,
- somatická stimulace rozvíjející,
- somatická stimulace diametrální,
- polohování – hnízdo,
- polohování – mumie,
- masáž stimulující dýchání,
- kontaktní dýchání (Friedlová, 2007, s. 74 – 75).

### **SOMATICKÁ STIMULACE ZKLIDŇUJÍCÍ**

Hlavním cílem zklidňující somatické stimulace je uvolnění svalového napětí. Prostřednictvím této stimulace lze získat pacientovu pozornost, soustředění a zbavit ho tak vnímání nepříjemných prožitků a bolesti. Zklidňující stimulace má na pacienta vliv jak po psychické, tak i fyzické stránce.

Pokud je zklidňující stimulace prováděna během toalety, je nazývána zklidňující koupelí (teplota vody by měla být 37 – 40°C), může se ale provádět i na sucho nebo formou krémování, promazávání. Tuto stimulaci lze aplikovat také jako kombinovanou, tedy s možností kombinování více druhů stimulací.

Zklidňující stimulace se realizuje oběma rukama, přičemž se na těle klienta pracuje se zásadou symetrie, tedy co se odehrává na pravé polovině těla, je současně prováděno na levé polovině těla. Důležité je neztratit stálý kontakt s klientem a redukovat rušivé elementy. Stimulace by měla být prováděna ve směru po chlupu, jelikož pohyby ve směru růstu chlupů zprostředkovávají zcela přesnou informaci o tělesné formě a působí tak zklidnění (Válková, 2015, s. 95; Friedlová, 2018, s. 77 – 81, Friedlová, 2007, s. 76).

### **SOMATICKÁ STIMULACE POVZBUZUJÍCÍ**

Somatická stimulace povzbuzující stimuluje nejen tělo, ale i mysl, podporuje vnímání a pozornost klienta. Tato stimulace není vhodná u osob s kognitivní poruchou či neklidem. Uplatňuje se především u neaktivních, pasivních a dlouhodobě hospitalizovaných klientů. Povzbuzující stimulace je pro klienty jakýmsi úvodem následujících událostí a připravuje

je na nadcházející činnost. Umožňuje vnímání vlastního těla, tělesného obrazu, podráždí smysly, zaměstná mysl a připraví klienta přijímat informace a stimuly (Válková, 2015, s. 95).

Obdobně jako stimulaci zklidňující můžeme stimulaci povzbuzující integrovat do péče během toalety. Pak je tato stimulace nazývána povzbuzující koupelí (teplota vody by měla být nižší než teplota těla, 23 – 28°C). Stimulaci však lze provádět taktéž na sucho (Friedlová, 2007, s. 81).

## **NEUROFYZIOLOGICKÁ STIMULACE**

Cílem neurofyziologické stimulace je obnovení vnímání postižené strany u klientů s poruchami čítí a hybnosti (hemiparéza, hemiplegie) a podpora navrácení pohybových schopností. Předpokladem pro tuto stimulaci je schopnost klienta vnímat nepostiženou stranu těla, aby mohl následně postiženou stranu integrovat do tělesného schématu. V průběhu neurofyziologické stimulace je důležitá zraková kontrola vlastního těla a vlastního pohybu, proto je nejlepší provádět stimulaci vsedě a nejlépe před zrcadlem.

Neurofyziologickou stimulaci lze také provádět formou koupele. Při provádění této stimulace by měl terapeut stát na postižené straně klienta (Friedlová 2015, s. 82; Friedlová, 2007, s. 83).

## **SYMETRICKÁ STIMULACE**

Hlavním cílem symetrické stimulace je podpora obnovení vnímání tělesného schématu u klientů s poruchami rovnováhy na základě fixace tělesné symetrie. Terapeut by měl pracovat synchronně na obou stranách těla. Před zahájením symetrické stimulace je vhodné tělo klienta nejprve stimulovat pomocí zklidňující stimulace (Friedlová, 2018a, s. 85).

## **ROZVÍJEJÍCÍ STIMULACE**

Při rozvíjející stimulaci dochází ke zdůraznění symetrie a středu těla. Rozvíjející stimulace je poskytována klientům, jejichž tělesné schéma není stabilizováno a je potřeba ho dále rozvíjet. Zejména u imobilních klientů či malých dětí se vnímání těla soustřeďuje právě na střed těla, proto by měla být této oblasti, při provádění rozvíjející stimulace, věnována značná pozornost (Friedlová, 2007, s. 88).

## **DIAMETRÁLNÍ STIMULACE**

Diametrální stimulace je aplikována zejména u klientů se zvýšeným svalovým napětím a spasticitou. Diametrální stimulaci lze aplikovat nasucho, formou krémování či jako součást celkové toalety. Teplota je důležitým faktorem pro povolení svalového napětí, proto by neměla být prováděna studenými rukama a voda by měla mít teplotu v rozmezí 38 – 40°C. Diametrální stimulaci je vhodné aplikovat i jako ochranu před předpokládanou hypertonií (např. z cerebrálních příčin). U této stimulace je také vhodné dodržovat tělesnou symetrii. Na končetinách se diametrální stimulace provádí v diametrálně odlišném směru na flexorových a extenzorových svalech. Následné okamžité polohování stimulovaných spastických končetin má značný vliv na svalové napětí (Friedlová, 2018a, s. 86 – 87).

## **POLOHOVÁNÍ**

Již po 30 minutách klidného ležení se mění vnímání vlastního těla a dochází ke ztrátě vlastních tělesných hranic. Po 90 minutách již dochází k tzv. habituaci, a to zejména u nafukovacích, polohovacích matrací, do nichž se pacienti nevhodně propadají a necítí tak tvrdou podložku pod sebou. Při polohování klienta je důležité vždy zohlednit jeho komfort a autobiografickou anamnézu (Bartůněk, 2016, s. 312).

Dokonce i minimální změny polohy (např. pomocí srolovaného ručníku, polohovacích polštářů) mohou výrazně podpořit vnímání vlastního těla a jsou označovány jako mikropolohování. Klientovi lze poskytnout informace o jeho těle také díky poloze končetin (Friedlová, 2018a, s. 88, Friedlová, 2018b, s. 18 – 19).

V konceptu bazální stimulace se při polohování využívají polohy s názvem „hnízdo“ a „mumie“, jež dlouhodobě imobilnímu člověku poskytují možnost získat informace o svém těle a stabilizovat vnímání tělesného schématu. Poloha hnízdo poskytuje klientům komfort a navozuje příjemné pocity. Dále tato poloha umožňuje získání pocitu jistoty a bezpečí. Poloha mumie nabízí velmi intenzivní stimulaci vnímání tělesného schématu a je možné ji v péči využít také k eliminaci stavů neklidu a agresivity (Friedlová, 2007, s. 91 – 99).

## **MASÁŽ STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ**

Dýchání se řadí mezi základní lidské potřeby a poskytuje člověku intenzivní vnímání vlastního těla. Po narození dítěte je dýchání první autonomní činností, která zároveň umožňuje vnímání pohybu hrudníku. Při nedostatečné ventilaci dochází ke snížení tělesné

síly a energie. Na základě toho má člověk problém s vnímáním okolního světa a jeho děním (Friedlová, 2015, s. 92).

Masáž stimulující dýchání je rytmická, kontinuální, tlaková dechová rehabilitace. Především klienti s poruchou vnímání dýchají povrchově a rychle. Při této masáži je s klientem navazován velmi úzký vztah. Jedná se o formu komunikace, kdy klient dýchá stejně jako terapeut. Terapeut tedy musí dýchat velmi klidně, přirozeně a hluboce. Během této stimulace je nemocnému poskytnuto uvolnění, jistota, empatie a blízkost. Cílem této dýchání stimulující masáže je klienta zklidnit a navodit rytmické, pravidelné dýchání (Bartůněk, 2016, s. 312).

Provádí se v oblasti zad nebo ventrální části hrudníku. Během této masáže vzniká mezi terapeutem a klientem komunikační proces. Tato masáž vede k ustálení rytmu klienta, protažení dýchacích svalů a k proventilování plic. Nabízí klientovi uvolnění a pocit jistoty, zároveň redukuje stavy neklidu a zmatenosti (Friedlová, 2015, s. 92 – 93).

## **KONTAKTNÍ DÝCHÁNÍ**

Kontaktní dýchání je formou dechové rehabilitace. Využívá se několik technik. Buď doprovází terapeut klienta při nádechu a výdechu s rukama umístěnými na hrudníku klienta nebo lze umožnit kontaktní dýchání jeho vlastní rukou, a tak vnímat vlastní dech, čímž se u klienta značně stimuluje vnímání sebe sama.

Výdech lze podpořit stlačením hrudníku či přidáním vibrací a při nádechu povolit, tím je nádech a výdech zintenzivněn a dojde ke zvýšení saturace. Vibrace jsou vhodné k podpoření vykašlávání (Bartůněk, 2016, s. 312).

### **1.6.1.2 VESTIBULÁRNÍ STIMULACE**

Vestibulární stimulací označujeme aktivity vnímané jedincem prostřednictvím rovnovážného ústrojí. Cílem integrace vestibulární stimulace do péče je zlepšení prostorové orientace a vnímání pohybu, redukce kolapsových stavů, eliminace závratí a poruch svalového napětí. Pro nedostatečné množství stimulů z vestibulárního aparátu dochází, především u imobilních pacientů, ke změnám vnímání tělesného schématu, současně také ke změnám svalového napětí. Vestibulární stimulaci je možno realizovat prostřednictvím polohování, houpání, změn polohy lůžka, manipulace, pasivního cvičení (pohyb ovesného klasu) a aktivního cvičení (Kalvach, 2011, s. 250; Zikl, 2014, s. 76).

Vestibulární stimulace se uplatňuje zejména u imobilních osob, osob s těžkými postiženími, seniorů s těžkým stupněm demence, jako příprava vertikalizace a jako pedagogická nabídka (Friedlová, 2018, s. 102).

### **1.6.1.3 VIBRAČNÍ STIMULACE**

Vibrační stimulace poskytuje klientovi velmi intenzivní stimulování k vnímání těla. Na základě vibračních technik jsou stimulovány kožní receptory pro vnímání vibrací a receptory hluboké citlivosti. Vnímání vibrací se uskutečňuje ve směru od periferie do vnitřní části těla. Je také plně individuální. Vibrační stimulace se nejčastěji využívá zejména u klientů s těžkými poruchami tělesného obrazu, tj. u dlouhodobě imobilních osob a osob ve vegetativním stavu. Může mít však přínos i pro klienty, kterým je určena jako příprava k vnímání pohybu a pozdější vertikalizaci a mobilizaci (Sedlářová, 2008, s. 136; Kalvach, 2011, s. 251; Friedlová, 2018b, s. 26).

K vibrační stimulaci lze využít různé technické předměty (např. bateriové vibrátory, holicí strojek, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, vibrující lehátka a sedátka) či ruce terapeuta. Dále je možné využít hudebních nástrojů, jež vydávají vibrace, a hlasu. Kontraindikacemi pro aplikaci vibrační stimulace jsou krvácivé stavy, varixy, poranění a porucha integrity kůže. Při poskytování všech způsobů vibrační stimulace je důležité dbát na to, aby byla klientovi poskytnuta dostatečně velká plocha vnímání vibrací, aby byl uložen v poloze vleže na zádech. Důležité je také intenzivní sledování reakcí klienta (Friedlová, 2018b, s. 26 – 27).

### **1.6.2 NÁSTAVBOVÉ PRVKY**

Mezi nastavbové prvky konceptu bazální stimulace se řadí stimulace taktilně-haptická, olfaktorická, optická, auditivní, stimulace orální. Tyto nastavbové prvky rovněž podporují hybnost, vnímání a komunikaci v souvislosti s Maslowovou hierarchií potřeb. Nastavbové prvky se integrují do péče buď společně se základními prvky jako obohacení základní ošetrovatelské péče, nebo samostatně. Cílem aplikace nastavbových prvků do péče je poskytnout klientovi s hrubými změnami v kognitivní oblasti alespoň základní orientaci v prováděné činnosti. Neboť je-li klient orientován, je posilován jeho pocit jistoty a bezpečí, čímž dochází ke zklidnění a uvolnění svalového napětí. Je důležité pracovat s biografií klienta (Kalvach, 2011, s. 251).

### **1.6.2.1 TAKTILNĚ-HAPTICKÁ STIMULACE**

Taktilní systém je důležitý ve fylogenetickém i ontogenetickém vývoji člověka. Zajišťuje vnímání doteku, tlaku, napětí, natažení, chladu, tepla, lechtání a vibrací. Taktilně-haptické vnímání je propojeno s multisenzorickým integračním systémem, jež je velmi významný pro vývoj fyziologických potřeb a získávání zkušeností v procesu učení. Lidská ruka je schopna rozpoznat předměty, což umožňuje získávání a uchovávání zkušeností během života (Friedlová, 2015, s. 129; Friedlová 2007, s. 127).

Klienti, jež nemohou své ruce z různých důvodů používat, jsou značně omezeni v procesu poznávání sebe sama a okolního prostředí. Cílem taktilně-haptické stimulace je zprostředkovat klientovi ohmatání si části svého těla nebo okolního prostředí. Při této stimulaci vkládáme do rukou klienta např. jeho oblíbené předměty, talismany, předměty k výkonu povolání a k oblíbené zájmové činnosti, osobní hygienické pomůcky, hrníčky na pití, ručníky, běžné osobní předměty denní potřeby atd. Tyto předměty mohou velmi značně stimulovat paměťovou stopu u klienta a vzbudit pozitivní emoční reakce (Friedlová, 2015, s. 130 – 132; Malíková, 2010, s. 195).

### **1.6.2.2 OLFAKTORICKÁ STIMULACE**

Olfaktorická stimulace využívá vůní a pachů k aktivaci vzpomínek klienta. Přispívá k orientaci klienta v dané situaci, navozuje pocit jistoty a bezpečí. Před zahájením olfaktorické stimulace je důležité zjistit, jaké vůně klient upřednostňuje, aby nebyla vyvolána negativní stimulace. Olfaktorické stimuly by neměly být klientovi nabízeny kontinuálně.

Pro olfaktorickou stimulaci jsou nejvhodnější vůně osobních toaletních potřeb klienta (např. parfémy, deodoranty), vůně jídla atd. Dále můžeme do péče zahrnout i vůně z pracovního či jiného prostředí klienta. Čichová stimulace je výrazná pro stimulaci paměťové stopy a aktivizaci asociačních funkcí mozku zejména u klientů po úrazech mozku, zejména ve vegetativních stavech. Olfaktorickou stimulaci lze také poskytovat z důvodu zajištění orientace klienta v dané situaci a následném navázání pocitu jistoty a bezpečí (Friedlová, 2007, s. 125 – 127; Friedlová 2018, s. 127 – 128; Malíková, 2010, s. 195).

### **1.6.2.3 OPTICKÁ STIMULACE**

Zrakový vjem je současně se sluchovým smyslovým ústrojím nejčastěji využívaným smyslem k objevování okolního světa a také k navázání komunikace. Zrakový vjem zajišťuje

člověku poznávání okolního prostředí, orientaci, uspořádání si svého okolí, rozpoznání lidí a předmětů, prožití pozitivních vjemů, posílení pocitu jistoty a schopnost učit se. Změna tělesné polohy je pro optickou stimulaci a orientaci v prostoru velmi zásadní. Na základě změny polohy je klientovi umožněno sledování dění v jeho okolí a orientace na vlastním těle (Friedlová, 2007, s. 109; Friedlová, 2018a, s. 109).

Klienti, jež se probouzejí z kómatu a trpí ztrátou nebo poškozením optického vjemu, nejsou schopni okamžitého rozeznávání různých detailů ve viděných předmětech a současně nejsou schopni rozpoznat odstíny jednotlivých barev, neboť jejich zrakové vnímání probíhá podobně, jako u dítěte po narození. Při integraci optické stimulace do péče je důležité dodržovat několik zásad, jako např.: nabízení podnětů, které jsou zřetelně světlé; umožnění klientovi sledovat hodiny; pokud klient nosí brýle, tak mu je nasadit; využívat obrázky na základě autobiografické anamnézy atd. Opět je důležité sledovat klientovy reakce a reagovat na ně (Friedlová, 2007, s. 112).

#### **1.6.2.4 AUDITIVNÍ STIMULACE**

Stimulace vnímání v rámci konceptu bazální stimulace lze u klienta dosáhnout i díky auditivní stimulaci, jež využívá oblíbené hudby, televize či rozhlasové stanice klienta (Válková, 2015, s. 19).

Sluch je nejcitlivějším smyslem člověka. Má největší význam pro komunikaci, navazování vztahů a rozvoj myšlení. Lidé, kteří trpí poruchou sluchu, jsou v komunikaci omezeni a ztrácejí kontakt s okolím. Dostávají se do sociální izolace, osamělosti.

Auditivní stimulace umožňuje navázání kontaktu s klientem, stimulování vnímání na základě vzpomínek, budování pocitu jistoty a bezpečí, práci s rytmem těla, trénink s cílem zvýšení rozlišovací schopnosti sluchového ústrojí atd. Tuto stimulaci je možné aplikovat jako skupinovou nebo individuální. Důležitým prostředkem pro auditivní stimulaci je řeč, jež může být aplikována v různých formách (rozhovor, vyprávění, předčítání). Dalším prostředkem této stimulace je hudba, kterou lze klientovi nabídnout různými způsoby. Pro klienty, jež trpí částečnou či úplnou ztrátou sluchu, je velmi nesnadné zorientovat se v situacích, kdy se v jejich blízkosti hovoří i s třetí osobou. Následkem této situace může být až agresivita klienta. Informace o sluchovém deficitu klienta a užívání kompenzačních prostředků jsou pro aplikaci auditivní stimulace velmi důležité (Friedlová, 2018, s. 113 – 115).



### 1.6.2.5 ORÁLNÍ STIMULACE

Ústa člověka představují jedno z nejcitlivějších a nejaktivnějších míst na těle, rovněž plní mnoho funkcí. Člověk svá ústa vnímá jako intimní osobní zónu. Lidé, jež se nacházejí v těžkém stádiu nemoci, po úraze nebo jsou somaticky či mentálně těžce postiženi, nemají většinou možnost samostatného provedení toalety dutiny ústní.

Cílem orální stimulace je poskytnout klientovi vjemy z obličejové části hlavy, z dutiny ústní a následně tak stimulovat vnímání, příjem potravy a řečové funkce. Zejména u lidí, kteří nemohou přijímat stravu ústy, je orální chuťová stimulace velmi významná. Pro aplikaci orální stimulace jsou nejvhodnější vatové nebo molitanové štětičky. Při péči o klientovu dutinu ústní je potřeba dodržovat několik zásad. Nejprve je vhodné dutinu ústní vyšetřit. Poté je dobré zjistit, jak často a které prostředky klient užíval při péči o svou dutinu ústní a která jídla či nápoje upřednostňoval, neboť obzvláště pozitivní stimuly v oblasti ústní dutiny vedou k intenzivní stimulaci vnímání. Dále je nutné dodržet pozici sedu, a to i u klientů upoutaných na lůžko, a během orální stimulace nepřerušovat s klientem kontakt (Friedlová, 2015, s. 120 – 121; Friedlová, 2007, s. 117 – 124).

## 2 INTENZIVNÍ PÉČE

Intenzivní péče (IP) je specifická zdravotní péče o pacienty, kteří vyžadují monitoring a léčbu, jelikož jedna nebo více jejich vitálních funkcí je ohrožena pro akutní nebo chronické onemocnění, případně jsou-li jejich vitální funkce ohroženy následkem úrazu či chirurgické nebo jiné lékařské intervence. Dále zahrnuje péči o pacienty, u nichž došlo k selhání jedné nebo více vitálních funkcí, tj. ke kardiovaskulárnímu, renálnímu, respiračnímu, či metabolickému selhání, případně selhání mozkových funkcí; a také tam, kde je možné předpokládat funkční reverzibilitu selhání.

Na jednotkách intenzivní péče (JIP) jsou hospitalizovaní pacienti, nacházející se v různém stupni ohrožení nebo selhání vitálních funkcí. Současné efektivně fungující JIP musejí poskytovat péči pro přiměřené množství přiměřeně těžce nemocných pacientů; musejí zajistit nepřetržitý provoz s plně kvalifikovaným personálem a musejí mít přiměřené technické a přístrojové vybavení (Bartůněk, 2016, s. 6).

Pracoviště intenzivní péče se dle úrovně péče rozdělují do tří úrovní. Nejvyšší úroveň III je péče o pacienty, kteří jsou ve vysokém riziku selhání několika orgánových systémů nebo mají život ohrožující multiorgánové selhání a jsou závislí na farmakologické a přístrojové podpoře. Střední úroveň II zahrnuje péči o pacienty vyžadující monitorování základních životních funkcí a farmakologickou, přístrojovou podporu jednoho akutně selhávajícího orgánu. Úroveň I -nejnižší- je poskytována pacientům pociťujícím známky orgánové dysfunkce a vyžadujícím kontinuální monitoraci s mírnou farmakologickou nebo přístrojovou intervencí (neinvazivní ventilace). Pacienti jsou v riziku jednoorgánového, případně víceorgánového selhání (Ševčík, 2014, s. 15 – 16).

Na anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) jsou přijímáni pacienti, kteří jsou bezprostředně ohroženi selháním základních životních funkcí či pacienti, u kterých již k selhání došlo. Pacientům je zajištěna resuscitační a léčebná péče v závislosti na diagnóze. Lékař musí být k dispozici nepřetržitě.

Na všech úrovních pracovišť IP je stav pacientů nepřetržitě sledován sestrou a všechny informace jsou zaznamenávány do dokumentace. Součástí dokumentace je informovaný souhlas pacienta s hospitalizací. Jestliže je poškozeno vědomí pacienta nebo jeho celkový zdravotní stav neumožňuje pacientovi poskytnout informovaný souhlas s hospitalizací, je odeslán formulář na obvodní soud a zahájeno detenční řízení (Kapounová, 2007, s. 19).

## 2.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES V INTENZIVNÍ PÉČI

Ošetřovatelský proces je označován jako logický, flexibilní, individuální a systematický přístup sestry k ošetřovatelské péči o pacienta. **Skládá se z pěti základních bodů:**

- zhodnocení potřeb a základních informací vztahujících se k pacientovi, případně k jeho rodině = ošetřovatelská anamnéza,
- stanovení ošetřovatelských problémů a diagnóz,
- sestavení plánu ošetřovatelské péče, který obsahuje intervence na základě stanoveného cíle a kritéria pro pozdější vyhodnocení,
- realizace stanovených intervencí současně se záznamem do ošetřovatelské dokumentace,
- zhodnocení, zda byl cíl splněn, případné zhodnocení výsledných kritérií, zhodnocení celkového stavu pacienta (Bartůněk, 2016, s. 293).

## 2.2 POTŘEBY PACIENTA V INTENZIVNÍ PÉČI

Lidská potřeba je stav vyznačující se dynamickou silou, jež vzniká z pocitu nedostatku či přebytku; touhou něčeho dosáhnout v biologické, psychologické, sociální nebo duchovní oblasti. Uspokojení a naplnění potřeb pak směřuje k vyrovnání a obnově změněné rovnováhy organismu. Lidské potřeby jsou nezbytné, užitečné v souvislosti se zachováním a kvalitou života. Abraham Harold Maslow je jedním z nejvýznamnějších výzkumníků v této oblasti. V roce 1943 představil svou slavnou hierarchii potřeb. Sestavil Maslowovu pyramidu potřeb, jejíž základnu tvoří základní tělesné, fyziologické potřeby, na nichž je postavena potřeba jistoty a bezpečí, následuje potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti, jako další je potřeba uznání a úcty. Na vrcholku pyramidy se pak nachází potřeba seberealizace (Šamánková, 2011, s. 12).

Na odděleních intenzivní péče je rozsah poskytované péče závislý na diagnóze a zdravotním stavu pacienta. Zdravotní stav pacienta se neustále vyvíjí, stejně jako jeho potřeby a nároky na ošetřovatelskou péči, na niž je pacient často závislý. Je důležité rozpoznat všechny pacientovi potřeby a plně je uspokojovat s maximální podporou v soběstačnosti pacienta. Mezi nejčastější potřeby v intenzivní péči patří potřeba dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti a psychické vyrovnanosti. S potřebou psychické vyrovnanosti souvisí udržení nebo zlepšení soběstačnosti, odstranění či zmírnění bolesti,

možnost komunikace, zajištění dostatečného spánku a odpočinku, vytvoření pocitu jistoty a bezpečí (Kapounová, 2007, s. 21).

## 2.3 SPECIFIKA KOMUNIKACE V INTENZIVNÍ PÉČI

*„Být chápán je báječný pocit“ (Ralph Waldo Emerson)*

Komunikace je základním předpokladem navazování a udržování mezilidských vztahů. Bez komunikace není možné poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči, proto je role sestry, jako komunikátorky a edukátorky, velmi zásadní. Na odděleních IP jsou často hospitalizováni pacienti vyžadující specifickou formu komunikace vzhledem k jejich určité diagnóze. Každý pacient komunikuje odlišně, proto je základem naučit se správně s pacientem komunikovat, a zároveň naučit komunikovat pacienta (Kapounová, 2007, s. 170 a 172).

Pacienti na odděleních IP se často nacházejí ve velmi těžkém stavu. Na těchto odděleních rovněž nalezneme mnoho faktorů, které mohou velmi snadno narušit komunikační řetězec, a tak je zcela zásadní šetrným způsobem nalézt vzájemně účinné komunikační techniky. Komunikace se rozděluje na dvě základní formy, a to na **verbální** a **nonverbální**. Verbální komunikace je vyjadřování se pomocí slov. Do této formy lze tedy zařadit komunikaci ústní i písemnou, přímou nebo zprostředkovanou, živou či reprodukovanou. V intenzivní péči jsou však pro pacienta stěžejní formy nonverbální komunikace (Tomová, 2016, s. 31, s. 52 – 53).

Nonverbální komunikací je předáváno 70 – 90% sdělení a tato forma má celkově významnější efekt sdělení. **Nonverbální forma komunikace zahrnuje:**

- **mimiku** (*řeč svalů a obličeje*) – obličej je nejdůležitější komunikační oblastí, jež vyjadřuje pocity, názory, životní postoje, myšlení atd. Velmi zásadní je při komunikaci přímý oční kontakt. V intenzivní péči jsou oči pro pacienta mnohdy jedinou možností komunikace.
- **proxemiku** (*tělesná vzdálenost mezi osobami při komunikaci*) - komunikace probíhá ve čtyřech zónách: intimní, osobní, společenské a veřejné. U pacienta, který je upoután na lůžko a má omezen oční kontakt, se využívá zóny intimní, u které lze aplikovat i dotekové projevy.
- **haptiku** (*kontakt pomocí doteku*) - dotekem lze vybudovat lepší důvěru pacienta a posílit jeho pocit jistoty a bezpečí,

- **posturiku** (*řeč polohy, postoje, držení těla a končetin*) – důležité je všimnout si, jakou polohu pacient zaujímá. Podstatná je také pozice ošetřujícího,
- **gestikulaci** (*spontánní pohyb určité části těla*) – gesta zvyšují názornost sdělované myšlenky. Nejčastěji se jedná o pohyby rukou,
- **vzhled a celkovou úpravu zevnějšku** – tyto faktory často vypovídají o životním standardu a sociální situaci pacienta,
- **paralingvistiku** – ta zahrnuje rychlost a hlasitost řeči, intonaci, pomlky, slovní pazvuky atd. (Kapounová, 2007, s. 170 – 171).

Nonverbální komunikace je u hospitalizovaných pacientů v IP velmi důležitá, měla by však být vždy doplněná formou verbální. Je důležité každý výkon doprovázet verbálním sdělením. Pro komunikaci s pacienty v IP platí stejné zásady jako pro komunikaci s pacienty na standardních odděleních. Je zcela zásadní na pacienta nepřenášet osobní problémy, neoslovovat ho familiárně, udržovat oční kontakt, být trpělivý, komunikaci přizpůsobit pacientovi, najít si dostatek času a eliminovat ruchy z okolí. Jako vhodná forma komunikace v IP je i využití konceptu bazální stimulace, jak již bylo popsáno výše. Mezi možné komunikační metody v IP lze zařadit odezírání ze rtů, grimasy, piktogramy, abecední tabulky, psaní, komunikační karty, případně přístroje na podporu tvorby hlasu (Tomová, 2016, s. 54 a 83).

### 2.3.1 KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY V INTENZIVNÍ PÉČI

Problémy nebo překážky v komunikaci zabraňují produktivní komunikaci mezi terapeutem a pacientem. Velmi často vznikají náhodně a mnohdy nedojde ani k jejich rozpoznání. Nepřímo však ovlivňují kvalitu poskytované péče. Bariéry mohou být buď interní, externí nebo specifické. Překážky interního typu vycházejí přímo z člověka a patří mezi ně např. negativní emoce, obavy z neúspěchu, nerespektování komunikační úrovně, fyzické nepohodlí nebo nemoc. Externí bariéry se skládají z rušivých elementů okolí (hluk, šum, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat, komunikační zahlcení). Specifické bariéry zahrnují nedostatek času ze strany sester, neochotu naslouchat pacientovi atd. Ze strany pacienta to může být např. stav kardiovaskulárního systému, bolest, narušená komunikační schopnost, nedůvěra aj.

Pacienti, kteří jsou hospitalizováni na JIP/ARO se ocitají ve velmi náročné životní situaci, a proto se často cítí frustrovaní, nepochopení, nespokojení. Sestra by měla umět tyto

problémy odhalit, správně je pojmenovat, snažit se je napravit, najít si dostatek času a vybudovat si u pacientů důvěru (Tomová, 2016, s. 56 – 57).

## 2.4 PACIENT V BEZVĚDOMÍ

Vědomí je stav, při němž si člověk plně a správně uvědomuje sám sebe a své okolí; je schopen řádně reagovat na vnější i vnitřní stimuly a jednat dle své vůle. Základními podmínkami pro neporušený stav vědomí je jasné vědomí neboli bdělost – vigilita (Bartůněk, 2016, s. 427).

Porucha vědomí může být způsobena vratným či nevratným postižením mozku, které může být globální nebo ložiskové. Poruchy vědomí se dělí na kvalitativní a kvantitativní. **Kvalitativní poruchy** zahrnují poruchy obsahu vědomí. Mezi kvalitativní poruchy vědomí se řadí: delirium, psychomotorický neklid, zmatenost. **Kvantitativní poruchy** vědomí jsou charakterizované převažujícím snížením bdělosti. Rozdělují se na somnolenci, sopor a kóma.

- **Somnolence** je stav, kdy je pacient spavý, spontánně nemluví. Reaguje však na zvukové, dotykové a jednoduché zrakové podněty. Je možné navázání krátkého slovního kontaktu.
- **Sopor** je stav, kdy pacient reaguje pouze na bolestivé podněty buď otevřením očí, nesrozumitelnou odpovědí či obrannou reakcí.
- **Kóma** je stav, kdy nemocný nereaguje na žádné podněty (ani na bolest).

**Vigilní kóma** je typ kómatu, u kterého pacient působí dojmem, že se probal. Má otevřené oči, někdy i dokonce žvýká a polyká stravu, nicméně s ním není možné navázat kontakt. Tento stav vzniká často v důsledku dlouhodobého otoku mozku, po těžkých poraněních hlavy.

Kvantitativní poruchy vědomí také rozlišujeme na **krátkodobé poruchy vědomí**, jež mají náhlý začátek, krátké trvání a spontánně se upraví (synkopa, epileptický záchvat) a **dlouhodobé poruchy vědomí**, které vznikají na podkladě strukturální, toxickometabolické či přetrvávající iritační léze (Bartůněk, 2016, s. 428; Kapounová, 2007, s. 196; Šamánková, 2011, s. 70).

**Bezvědomí může mít mnoho různých příčin:**

- **cerebrovaskulární onemocnění:** rozsáhlé ischemie, intrakraniální a subarachnoidiální krvácení,
- **úrazy hlavy:** komoče, kontuze a epidurální hematom,

- **nitrolební příčiny:** zvýšený nitrolební tlak, absces mozku, primární a metastazující nádory či dekompenzovaný hydrocefalus,
- **epilepsie:** v průběhu záchvatu a po něm,
- **intoxikace:** alkohol, těžké kovy, drogy a léky,
- **metabolické:** renální selhání, hepatální selhání, hypoglykemie atd. (Slezáková, 2014, s. 72 – 73).

## 2.4.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA V BEZVĚDOMÍ

Intenzivní péče je vysoce specializovaná péče o těžce nemocné pacienty, využívá náročnou zdravotnickou techniku. Péče se zaměřuje zejména na udržení životních funkcí a saturaci základních potřeb. Ošetřovatelská péče se na odděleních intenzivní péče skládá z celkové hygieny pacienta, péče o lůžko, polohování a mobilizace pacienta. Dále zahrnuje péči o dýchací cesty, invazivní vstupy, výživu, psychickou podporu pacienta, případně jeho rodiny. Značný počet ošetřovatelských diagnóz je orientovaný na udržení základních vitálních funkcí, prevenci komplikací a péči spojenou s invazivními výkony či použitím zdravotnické přístrojové techniky (Bartůněk, 2016, s. 293).

### 2.4.1.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Vyšetření je založeno na získávání objektivních údajů. **Posuzuje se:**

- **stupeň bezvědomí** – na zjištění hloubky bezvědomí se používá Glasgow skórovací systém. Hodnotí se otevírání očí, slovní odpověď a motorické reakce na dráždivý podnět. Maximální počet je 15 bodů. 14 – 13 bodů dosahuje lehká porucha vědomí, střední porucha 9 – 12 bodů a těžká porucha vědomí méně než 9 bodů.
- **dýchání** – nejčastějšími poruchami dýchání v bezvědomí jsou: Cheyneovo-Stokesovo dýchání, centrální neurogenní hyperventilace a ataktické dýchání,
- **vitální funkce** – sledují se hodnoty krevního tlaku, tělesné teploty a pulzu,
- **neurologické vyšetření** – sestra posuzuje polohu a stupeň vigily, dále spontánní pohyblivost, symetričnost a fotoreakce zornic, tonus víčka a postavení očních bulbů,
- **vyšetření reflexů** – vyšetřuje se korneální reflex a pupilodilatační reflex,
- **vyšetření končetin** – na končetinách je vyšetřován svalový tonus a pády,
- **meningeální příznak** – pasivní antiflexe hlavy (pokud je porušeno vědomí, odpověď na dráždění se neprojeví (Slezáková, s. 72 – 73).

### **2.4.1.2 HYGIENICKÁ PÉČE U PACIENTA V BEZVĚDOMÍ**

Hygienická péče o pacienta v bezvědomí by se měla provádět dvakrát denně. Zahrnuje celkovou hygienu pacienta, šetrná hygiena dutiny nosní a dutiny ústní, hygiena očí (výplach spojivkového vaku), promazání celého těla, péče o tracheostomickou či endotracheální kanylu. Péče o invazivní vstupy (převazy, fixace), kompletní úprava lůžka pacienta, ošetření případných dekubitů, masáž zad, polohování s využitím pomůcek. Nejméně jednou týdně provést stříhání nehtů a mytí vlasů (Kapounová, 2007, s. 22 – 23).

### **2.4.1.3 PÉČE O DÝCHACÍ CESTY**

Péče o dýchací cesty je jedna ze základních činností na odděleních IP. Je plně přizpůsobena potřebám pacienta. Při vykonávání hygieny dýchacích cest je potřeba dbát na šetrné a pečlivé provedení a na fyzický, psychický a emocionální stav pacienta, jelikož tento ošetrovatelský výkon mnohdy vyvolává tíseň, dávení, pocit dušení, ale i bolest. Péče o dýchací cesty se tedy skládá z péče o dutinu ústní, orofaryngeální a nazofaryngeální oblast a péče o dolní cesty dýchací. Součástí péče je také oxygenoterapie, nebulizace a inhalační terapie (Bartůněk, 2016, s. 293 – 294).

#### **Pacient na umělé plicní ventilaci (UPV)**

U pacienta s nutnou podporou UPV, je nutná analgosedace, která pacientům usnadní toleranci tracheální rourky v dýchacích cestách. Pacient je plně závislý na ošetrovatelské péči (Tomová, 2016, s. 58).

Toaleta dýchacích cest u pacienta s invazivním zajištěním dýchacích cest spočívá v částečné či úplné náhradě přirozených obranných a očistných mechanismů. Zahrnuje péči o endotracheální nebo tracheostomickou kanylu, dutinu ústní, horní cesty dýchací a dolní cesty dýchací (endotracheální odsávání). Dále je důležité dbát na prevenci nozokomiálních nákaz. Nejúčinnější je v prevenci poloha horní poloviny těla, nikdy by neměla být nižší než 10°. Optimální poloha horní poloviny těla je 30 – 40° (Bartůněk, 2016, s. 295).

## **2.5 STRESORY PŮSOBÍCÍ NA PACIENTY V INTENZIVNÍ PÉČI**

Stres lze definovat jako určitý stav napětí organismu, kterým tento reaguje na podněty (stresory). Je způsoben buď uspokojením (eustres) či neuspokojením (distres) potřeb jedince (Plamínek, 2013, s. 128).



Stresory mají značný vliv na zdraví jedince, jeho duševní pohodu či nepohodu, na jeho chování a jednání. Dlouhodobé působení stresu může poškozovat fyzický stav člověka. Vztah mezi nemocí a psychosociálními stresory je ovlivňován nejen druhem, počtem a dobou trvání stresových faktorů, ale i biologickou zranitelností (genetickými a konstitučními faktory, psychosociálními zdroji a naučenými vzorci zvládnání těžkostí (Faleide, 2010, s. 46).

U pacientů na odděleních intenzivní péče způsobuje stres především ohrožení zdraví, nemoc a bolest. Vyskytuje se zde totiž mnoho stresorů, jež na pacienty působí. Jedná se především o strach o druhé, ztrátu sociální interakce, nemožnost vykonávat některou z rolí, nesoběstačnost, stresory z prostředí (alarmující přístroje, chod oddělení), nedostatek spánku, bolest a strach ze smrti. Tyto stresory pak negativně ovlivňují prožívání pacientů a jejich adaptaci na nemocniční prostředí. Proto je velmi důležitá podpora pacientů ze strany zdravotnického personálu, volba vhodné formy komunikace, vybudování důvěry, pocitu jistoty a bezpečí a snaha o co největší eliminaci negativně působících stresorů (Černá, 2008, s. 61 a 112).

## **2.6 BAZÁLNÍ STIMULACE V INTENZIVNÍ PÉČI**

Pacienti v IP mají velmi často omezené komunikační schopnosti na základě intubace, tracheostomie, poruchy vnímání, hybnosti či stavu vědomí. Právě u těchto pacientů je koncept bazální stimulace nejčastěji využíván (Bartůněk, 2016, s. 310).

Pacienti na odděleních intenzivní péče jsou většinou napojeni na různé monitorovací, podpůrné a léčebné přístroje, z nichž mnohdy vycházejí rušivé a nepříjemné zvuky. Pacienti se ocitají v cizím prostředí, které na ně může mít rovněž nepříznivý vliv. Na základě těchto nepříjemných prožitků pak velmi často pociťují úzkost a strach. Aplikace konceptu bazální stimulace do péče má napomoci pacienta zklidnit, zpříjemnit mu pobyt a zvýšit jeho vnímání. Vnímání příjemných vjemů lze pacientovi navodit stimulací s využitím jeho vlastních věcí (kosmetika, osobní oblečení, předměty atd.). Velmi stimulujícím efektem mohou působit fotografie blízkých pacienta. Všichni členové by měli úzce spolupracovat. Aplikaci bazální stimulace, jež zohledňuje aktuální potřeby pacienta, je důležité velmi důkladně rozvrhnout a naplánovat (Mechová, 2006, s. 30 – 31).

## 3 EMPIRICKÁ ČÁST

### 3.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

**Hlavním cílem** této bakalářské práce je zmapovat, do jaké míry je koncept bazální stimulace na odděleních intenzivní péče v ONN a.s. využíván a zda je z pohledu všeobecných sester vnímán jako efektivní.

#### **Stanovené dílčí cíle:**

1. Zmapovat informovanost a vzdělávání sester v konceptu bazální situace.
2. Zmapovat, jaké prvky z konceptu bazální stimulace jsou nejčastěji využívány.
3. Zmapovat, zda sestry aplikaci konceptu bazální stimulace vnímají výhledově jako časově návratnou z hlediska péče o pacienta.

### 3.2 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato kapitola se zabývá charakteristikou využití výzkumné metody, charakteristikou respondentů, realizací výzkumného šetření a zpracováním získaných dat.

#### 3.2.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ METODY

Data byla získána pomocí kvantitativní výzkumné metody s využitím originálního nestandardizovaného anonymního dotazníku, jež se skládal celkem z 21 položek.

Dotazník byl rozdělen celkem na 3 části. První část tvořil úvodní dopis, který zahrnoval představení autora, seznámení s tématem a cíli dotazníku, postup pro vyplnění, poděkování a kontaktní údaje. Druhá část sloužila k zjištění identifikačních údajů o respondentech. Třetí část byla zaměřena na stanovené cíle. **Identifikační znaky** zahrnovaly **otázky č. 1 – 6**, **otázky č. 7 – 12** se věnovaly informovanosti a vzdělávání sester v konceptu BS, zkušenosti všeobecných sester a využití konceptu BS v praxi zjišťovaly **otázky č. 13 – 16**, **otázky č. 17 – 21** se týkaly pohledu všeobecných sester na koncept BS z několika hledisek.

V dotazníku bylo použito několik druhů otázek. Jednalo se o:

- **uzavřené otázky** – tyto otázky nabízejí soubor možných variant, z nichž respondent vybírá jednu vhodnou odpověď, přičemž se všechny kategorie musí vzájemně

vylučovav (Kutnohorská, 2009, s. 46). V dotazníku **otázky č. 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22.**

- **otevřené otázky** – u těchto otázek je respondentovi ponechána volnost odpovědi (Kutnohorská, 2009, s. 46). V dotazníku **otázka č. 4.**
- **polytomické otázky** – nabízí výběr více variant, může být vybrána jedna či více odpovědí (Kutnohorská, 2009, s. 46). V dotazníku **otázky č. 1, 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16.**
- **polouzavřené otázky** – jsou kombinací uzavřené a otevřené otázky. V dotazníku **otázky č. 2 a 9.**
- **filtrační otázky** – eliminují respondenty, jež nemohou z objektivních i subjektivních důvodů odpovědět na otázky následující (Kutnohorská, 2009, s. 46). V dotazníku **otázky č. 7 a 14.**

### **3.2.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ**

Výzkumné šetření bylo zvoleno pro všeobecné sestry pracující na odděleních intenzivní péče (ARO/JIP) v Oblastní nemocnici Náchod a.s. (ONN a.s.). Výzkumu se účastnilo celkem 60 všeobecných sester z interní, chirurgické, neurologické a multidisciplinární JIP a z ARO.

### **3.2.3 REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Žádost o povolení výzkumného šetření byla podána v prosinci 2018 náměstkyni pro ošetrovatelskou péči v ONN a.s. a tentýž měsíc jí bylo vyhověno. Výzkumné šetření tedy probíhalo od prosince 2018 do ledna 2019. Z celkem 75 rozdaných dotazníků se jich vrátilo 63, návratnost tedy byla 84%. Z tohoto počtu byly však pro neúplné vyplnění 3 dotazníky vyřazeny. Na každé oddělení (interní, chirurgická, neurologická, multidisciplinární JIP a ARO) bylo rozdáno 15 dotazníků. Bylo dosaženo cíle, aby se z každého oddělení vrátilo alespoň 12 kompletně vyplněných dotazníků.

### **3.2.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT**

Data byla statisticky zpracována v programu Microsoft Office Excel 2016. Odpovědi na jednotlivé otázky v dotazníku byly zpracovány do tabulek s uvedením absolutní a relativní četnosti a následně do sloupcových grafů.

### **3.3 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT**

Do výzkumného šetření bylo zařazeno celkem 60 kompletně vyplněných dotazníků ze 75 rozdaných (80%). Šetření se tedy účastnilo celkem **60** respondentů. Jelikož se v dotazníku vyskytly i otázky filtrační (č. 7 a 14), tak se počet respondentů snížil. U otázky č. 7 byli vyřazeni 2 respondenti (z chirurgické JIP), tudíž bylo hodnotitelných **58** dotazníků. U otázky č. 14 bylo vyřazeno celkem 17 respondentů (2 z multidisciplinární JIP, 10 z chirurgické JIP a 5 z neurologické JIP), jelikož nemohli odpovídat na otázky následující. Od 14. otázky bylo tedy hodnotitelných pouze **41** dotazníků.

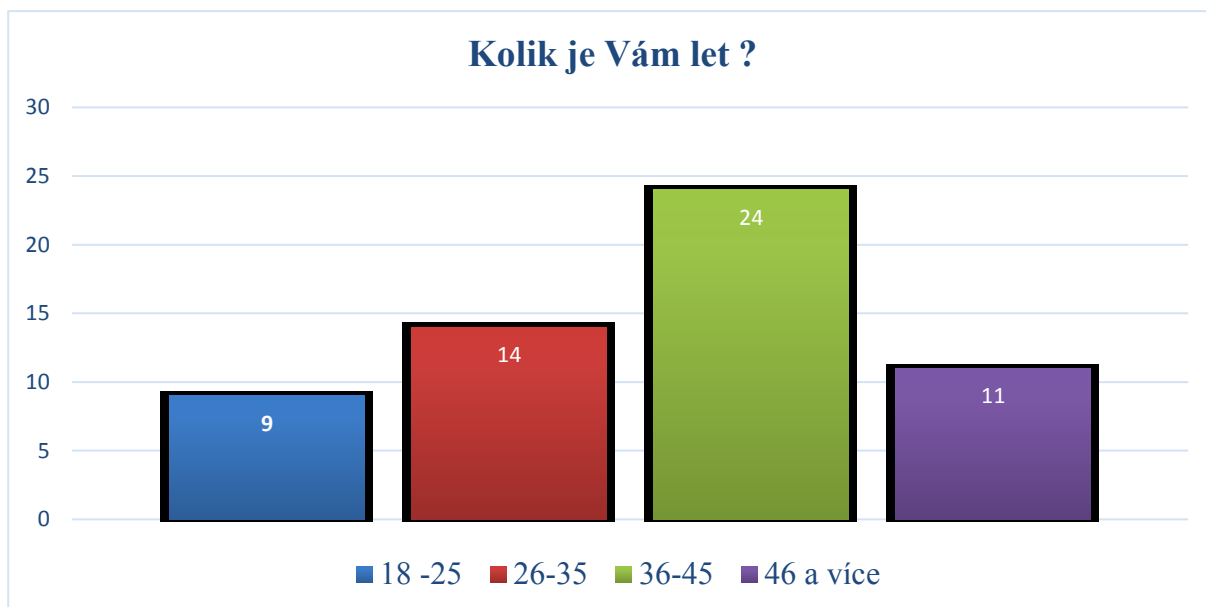
Všechna data byla zanalyzována a zpracována do 24 tabulek a 23 grafů. Jejich interpretace je uvedena dále.

## Položka č. 1 – Kolik je Vám let?

Tabulka č. 1 – Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-25	9	15%
26-35	15	25%
36-45	25	42%
46 a více	11	18%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Graf č. 1 – Věk



### Interpretace:

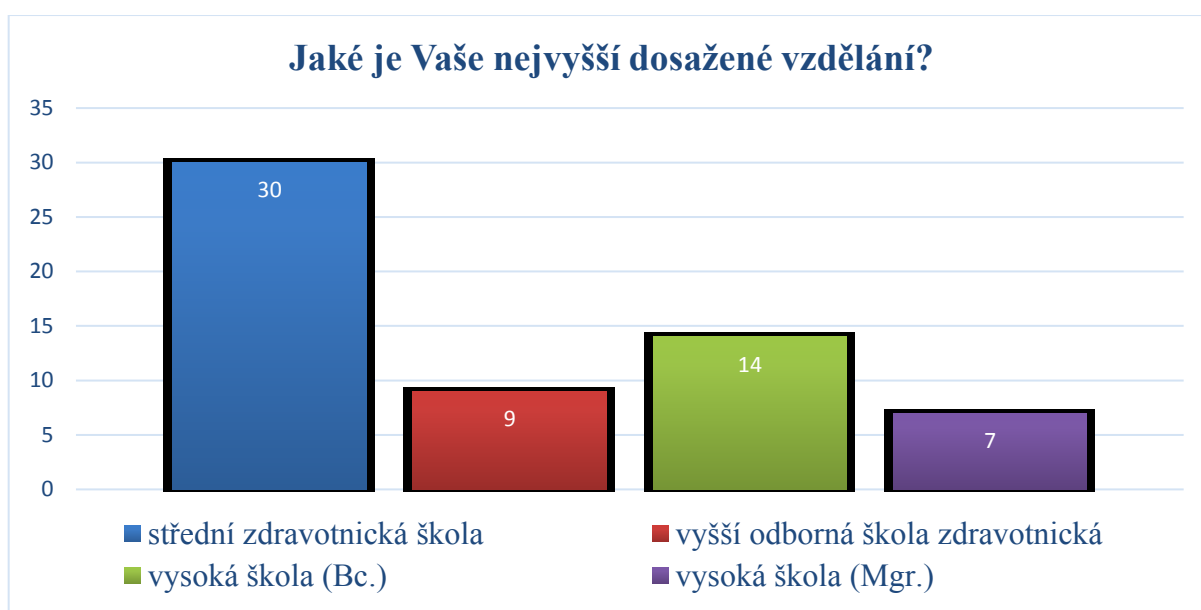
Z celkového počtu respondentů měly největší zastoupení všeobecné sestry ve věkovém rozmezí **36 – 45 let**, celkem **24** (42%). Druhou nejpočetnější skupinu tvořily všeobecné sestry ve věkovém rozmezí **26 – 35 let**, celkem **14** (25%). Ve věkovém rozmezí **46 let a více** se pohybovalo celkem **11** (18%) respondentů a skupinu s nejmenším počtem zastoupení tvořili respondenti ve věkovém rozmezí **18 – 25 let**, celkem **9** (15%).

## Položka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2a – Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední zdravotnická škola	30	50%
Vyšší odborná škola zdravotnická	9	15%
Vysoká škola (Bc.)	14	23%
Vysoká škola (Mgr.)	7	12%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Graf č. 2a – Vzdělání



Tabulka č. 2b – Specializace

Specializace	Absolutní četnost	Relativní četnost
ARIP	14	88%
Chirurgie	1	6%
Kardiologie	1	6%
<b>Celkem</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

### Interpretace:

Z grafu č. 2a je patrné, že polovinu z celkového množství respondentů tvořily všeobecné sestry se střední zdravotnickou školou, celkem 30 (50%). Druhou nejpočetnější skupinu obsadily sestry s vysokoškolským bakalářským vzděláním 14 (23%). Vyšší odbornou

školu absolvovalo celkem 9 (15%) respondentů. Dosažené vysokoškolské magisterské studium uvedlo celkem 7 (12%) respondentů.

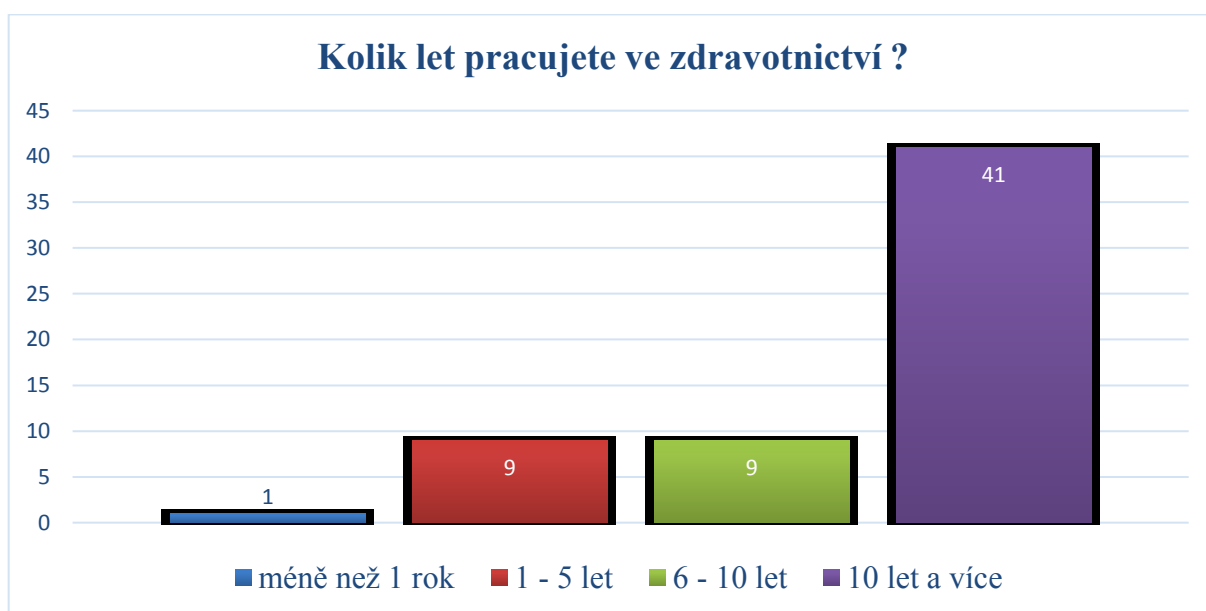
Z celkového počtu respondentů uvedlo specializaci ve zdravotnictví celkem 16 (27%) všeobecných sester, z čehož 14 (88%) uvedlo specializaci ARIP, dále pak byla po jednom respondentovi zmíněna specializace v chirurgii a kardiologii.

### Položka č. 3 – Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka č. 3 – Délka praxe

Kolik let pracujete ve zdravotnictví?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 1 rok	1	2%
1 - 5 let	9	15%
6 - 10 let	9	15%
10 let a více	41	68%
Celkem	60	100%

Graf č. 3 – Délka praxe



### Interpretace:

Největší počet respondentů, celkem 41 (68%), uvedlo, že ve zdravotnictví pracuje 10 let a více. Vyrovnané skupiny tvořili respondenti s délkou praxe v rozmezí 1 – 5 let, celkem 9 (15%) a 6 – 10 let, celkem 9 (15%). Délku praxe menší než 1 rok uvedl pouze 1 (2%) respondent, viz graf č. 3.

#### **Položka č. 4 – V jaké nemocnici pracujete?**

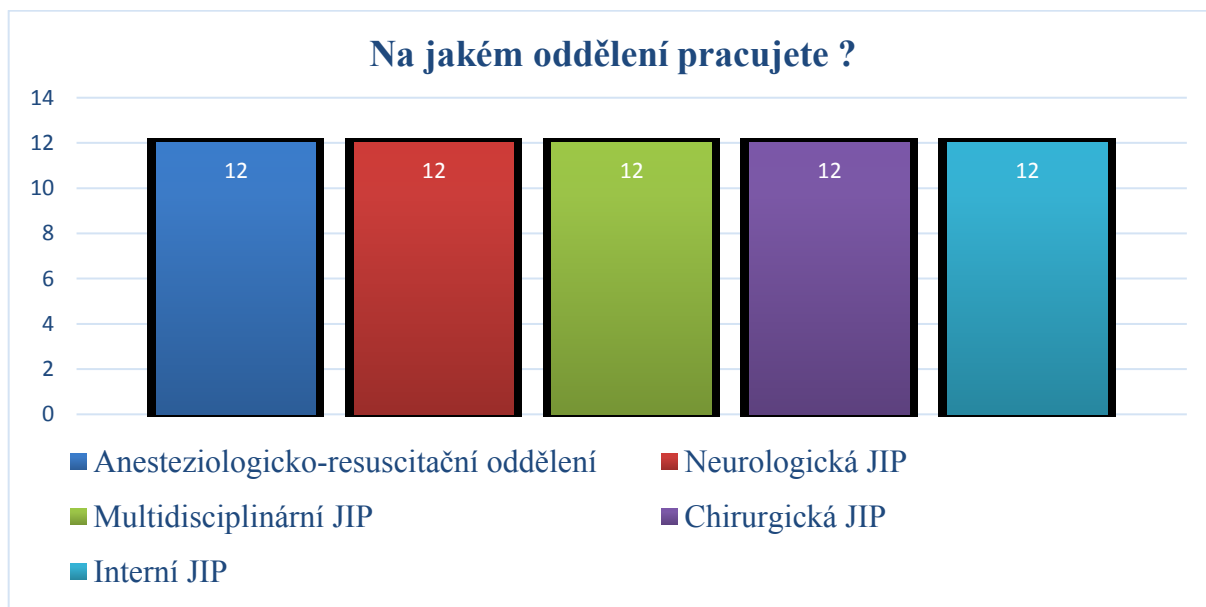
Odpověď na tuto položku byla otevřená z důvodu možného zastoupení více nemocnic. Nakonec však byli k výzkumu vybráni pouze respondenti z Oblastní nemocnice Náchod a.s., celkem 60 (100%).

#### **Položka č. 5 – Na jakém oddělení pracujete?**

**Tabulka č. 4 – Oddělení**

<b>Na jakém oddělení pracujete?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Anesteziologicko-resuscitační oddělení</b>	12	20%
<b>Neurologická JIP</b>	12	20%
<b>Multidisciplinární JIP</b>	12	20%
<b>Chirurgická JIP</b>	12	20%
<b>Interní JIP</b>	12	20%
<b>Celkem</b>	60	100%

**Graf č. 4 – Oddělení**



#### **Interpretace:**

Z grafu č. 4 je patrné, že se výzkumného šetření z celkového počtu 60 respondentů (100%) zúčastnilo 12 (20%) respondentů z anesteziologicko-resuscitačního oddělení, 12 (20%) respondentů z chirurgické JIP, dalších 12 (20%) z interní JIP, dále 12 (20%) respondentů z neurologické JIP a 12 (20 %) respondentů z multidisciplinární JIP.

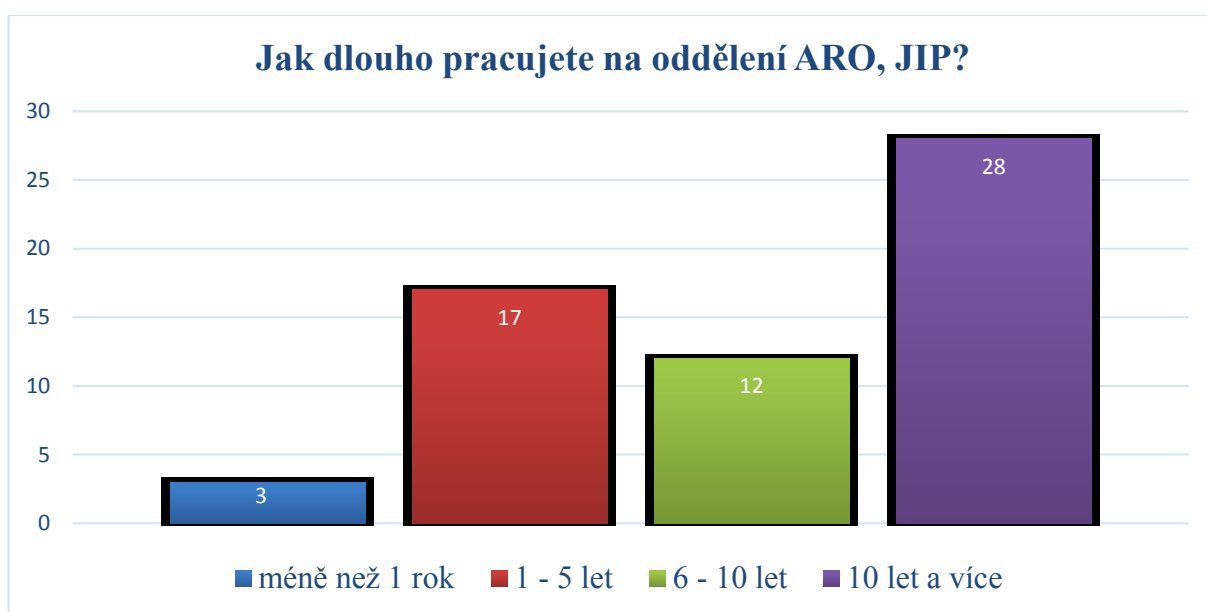


## Položka č. 6 – Jak dlouho pracujete na oddělení ARO, JIP?

Tabulka č. 5 – Délka praxe na oddělení ARO, JIP

Jak dlouho pracujete na oddělení ARO, JIP?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 1 rok	3	5%
1 - 5 let	17	28%
6 - 10 let	12	20%
10 let a více	28	47%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Graf č. 5 – Délka praxe na oddělení ARO, JIP



### Interpretace:

Téměř polovina **28** (47%) respondentů uvedla délku praxe na oddělení ARO či JIP 10 let a více. Délku praxe na vybraném oddělení v rozmezí 1 – 5 let zmínilo **17** (28%) respondentů. **12** (20%) respondentů uvedlo délku praxe v intenzivní péči v rozmezí 6 – 10 let a nejméně zastoupenou skupinu tvořili respondenti s délkou praxe v intenzivní péči menší než rok.

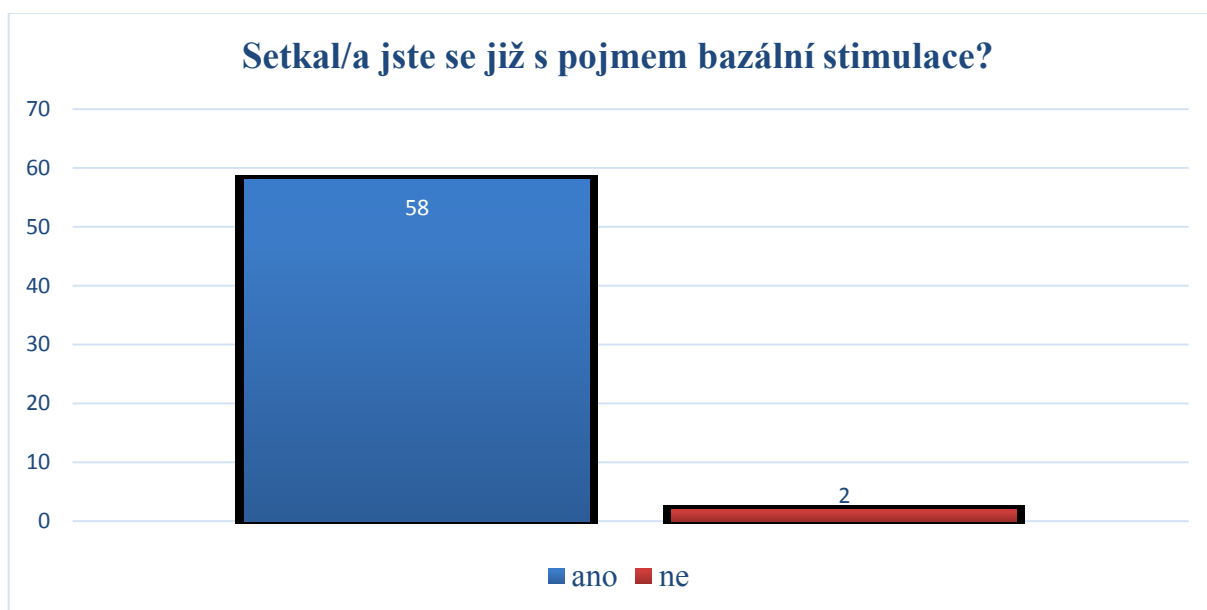
### Položka č. 7 – Setkal/a jste se již s pojmem bazální stimulace?

#### Délka praxe na ARO, JIP

Tabulka č. 6 – Setkání s pojmem BS

Setkal/a jste se již s pojmem bazální stimulace?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	58	97%
Ne	2	3%
Celkem	60	100%

Graf č. 6 – Setkání s pojmem BS



#### Interpretace:

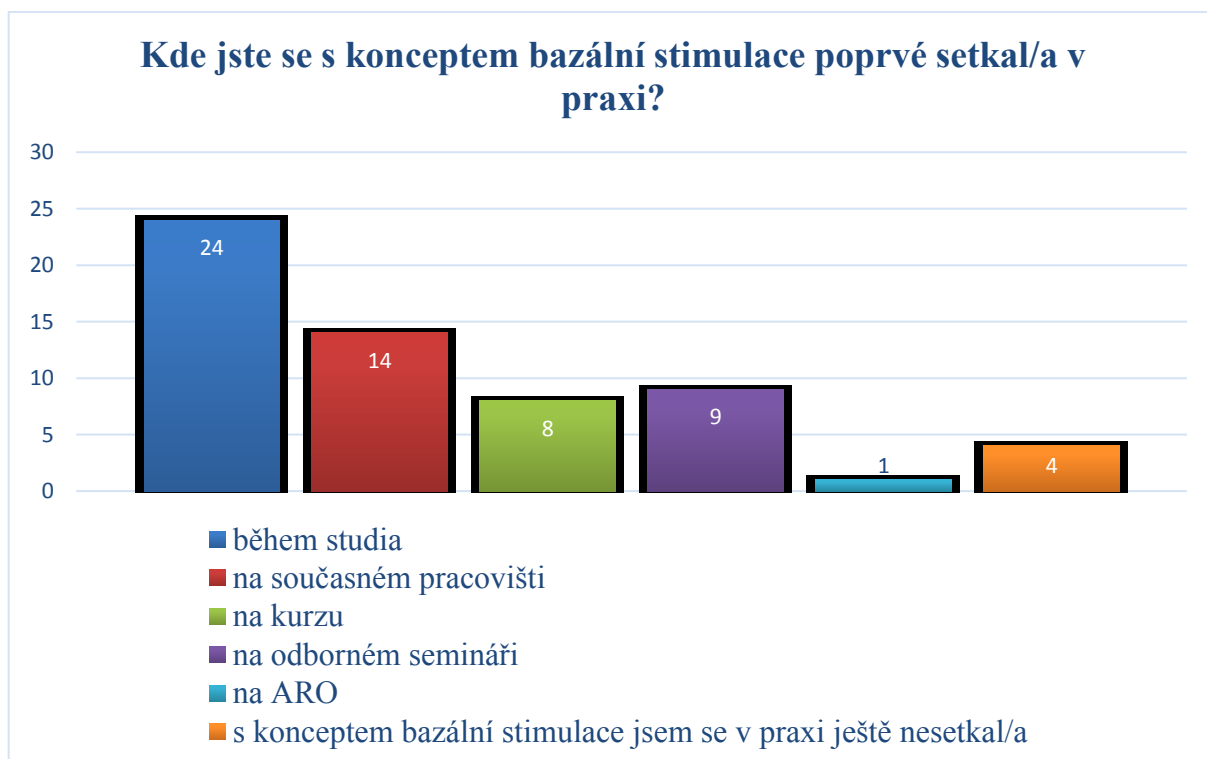
Z grafu č. 7 je očividné, že téměř všichni dotazovaní respondenti **58** (97%) se již s pojmem BS setkali. Pouze **2** (3%) respondenti uvedli, že se ještě s pojmem BS nesetkali. Jednalo se o všeobecné sestry z chirurgické JIP. Tato otázka působila jako filtrační, tudíž byli dva respondenti vyřazeni. Dále tedy pokračovalo **58** respondentů.

## Položka č. 8 – Kde jste se s konceptem bazální stimulace poprvé setkal/a v praxi?

Tabulka č. 7 – První setkání s konceptem BS v praxi

Kde jste se s konceptem bazální stimulace poprvé setkal/a v praxi?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Během studia	24	41%
Na současném pracovišti	14	24%
Na kurzu	8	14%
Na odborném semináři	9	16%
Na ARO	1	2%
S konceptem bazální stimulace jsem se v praxi ještě nesetkal/a	4	7%
<b>Celkem</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

Graf č. 7 – První setkání s konceptem BS v praxi



### Interpretace:

První setkání s konceptem BS proběhlo u nejvyššího počtu respondentů **24** (41%) v průběhu studia. Odpověď „během studia“ uváděli nejčastěji respondenti s VŠ či VOŠ vzděláním. Dále **14** (24%) respondentů uvedlo, že se s pojmem BS poprvé setkali na jejich současném pracovišti. Jednalo se zejména o všeobecné sestry z interní JIP a ARO. Dále **9** (16%) respondentů uvedlo, že se s konceptem BS poprvé setkali na odborném semináři.

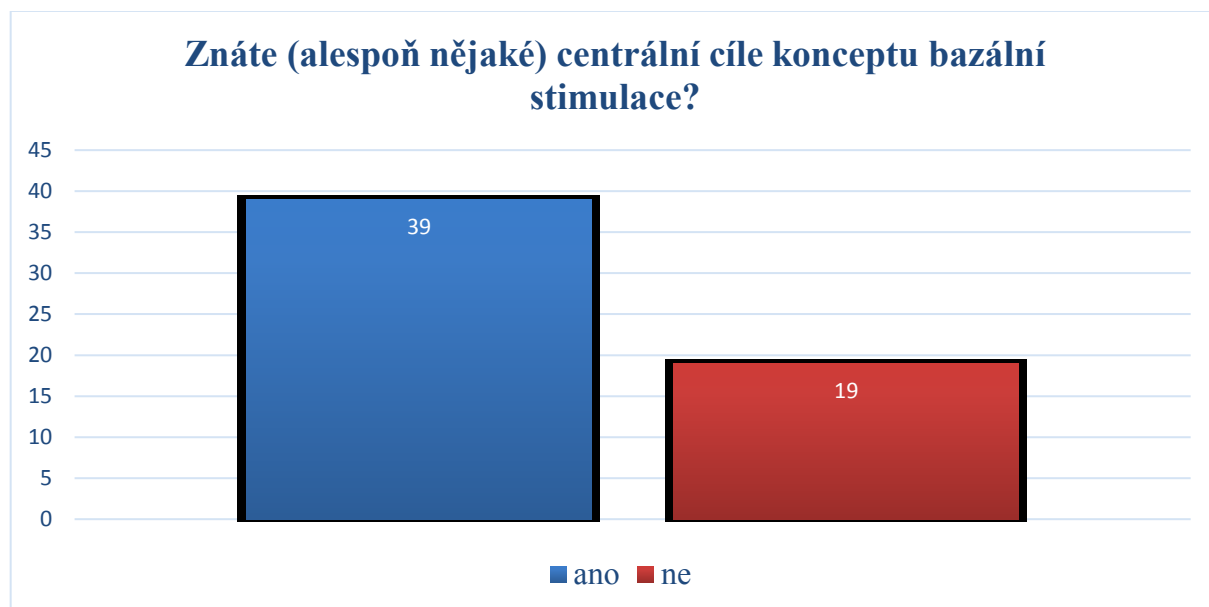
8 (14%) respondentů zvolilo odpověď „na kurzu“. Z celkového počtu 58 (100%) dotazovaných, uvedli 4 (7%) respondenti, že se s konceptem BS v praxi ještě nesetkali. Šlo o respondenty z chirurgické a neurologické JIP. 1 (2%) respondent se s konceptem BS setkal na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

#### Položka č. 9 – Znáte (alespoň nějaké) centrální cíle konceptu bazální stimulace?

Tabulka č. 8 – Znalost centrálních cílů konceptu BS

Znáte (alespoň nějaké) centrální cíle konceptu bazální stimulace?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	67%
Ne	19	33%
Celkem	58	100%

Graf č. 8 – Znalost centrálních cílů konceptu BS



#### Interpretace:

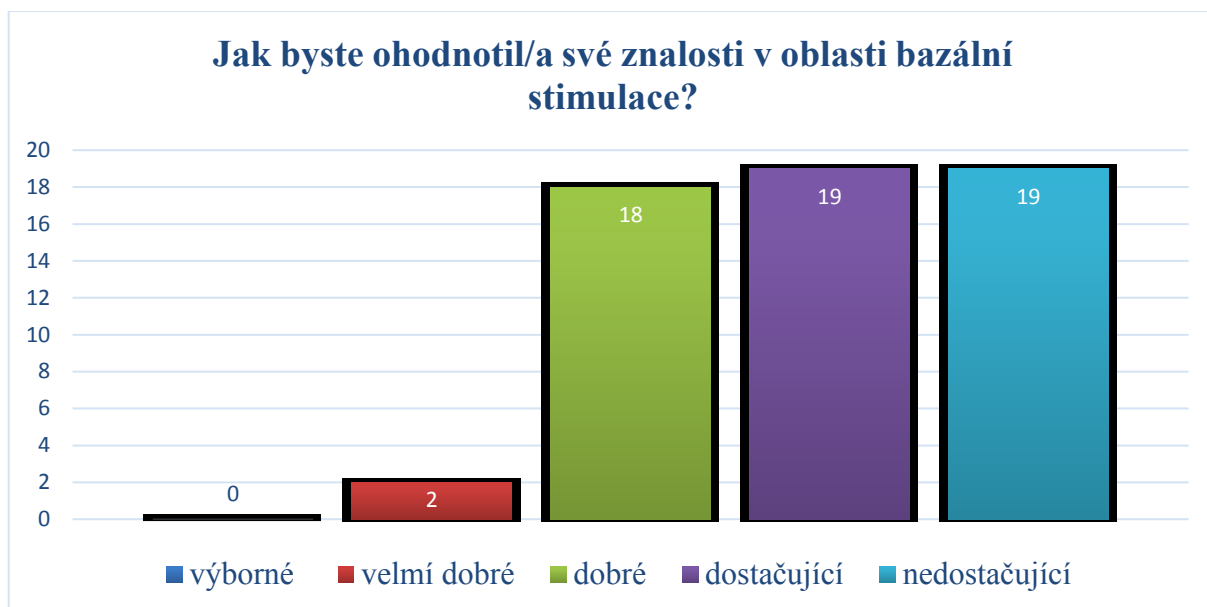
Více než polovina 39 (67%) respondentů uvedlo, že zná alespoň nějaké cíle konceptu BS. Pravdivost této odpovědi byla ověřena doplňující otevřenou otázkou, jaké cíle respondenti znají. Odpověď „ne“ pak zvolilo 19 (33%) respondentů. V této odpovědi tvořili nejpočetnější skupinu všeobecné sestry z chirurgické JIP.

## Položka č. 10 – Jak byste ohodnotil/a své znalosti v oblasti bazální stimulace?

Tabulka č. 9 – Znalosti v oblasti BS

Jak byste ohodnotil/a své znalosti v oblasti bazální stimulace?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výborné	0	0%
Velmi dobré	2	3%
Dobré	18	31%
Dostačující	19	33%
Nedostačující	19	33%
<b>Celkem</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

Graf č. 9 – Znalosti v oblasti BS



### Interpretace:

Na otázku týkající se hodnocení znalostí v oblasti BS ne zvolil žádný z respondentů odpověď „výborné“ znalosti. Jako „dobré“ znalosti v oblasti BS označilo již podstatně více respondentů, celkem **18** (31%). Nicméně největší počet respondentů ohodnotilo své znalosti v oblasti BS jako dostačující **19** (33%) až nedostačující **19** (33%).

### Položka č. 11a – Absolvoval/a jste kurz bazální stimulace?

Tabulka č. 10a – Absolvování kurzu BS

Absolvoval/a jste kurz bazální stimulace?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, základní kurz	17	29%
Ano, nástavbový kurz	0	0%
Nejsem absolventem žádného kurzu	41	71%
<b>Celkem</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

Graf č. 10a – Absolvování kurzu BS



#### Interpretace:

Z celkového počtu respondentů **58** (100%) absolvovalo základní kurz konceptu BS **17** (29%) respondentů. Jednalo se především o všeobecné sestry z ARO interní a multidisciplinární JIP. Nástavbový kurz BS neabsolvoval žádný z respondentů. Nejvíce respondentů **41** (71%) uvedlo, že nejsou absolventi žádného kurzu.

**Položka č. 11b – Pokud nejste absolventem kurzu bazální stimulace, chtěl/a byste kurz v budoucnu absolvovat?**

**Tabulka č. 10b – Možnost absolvovat kurz BS v budoucnu**

<b>Pokud nejste absolventem kurzu bazální stimulace, chtěl/a byste kurz v budoucnu absolvovat?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Ano</b>	22	54%
<b>Ne</b>	19	46%
<b>Celkem</b>	41	100%

**Graf č. 10b – Možnost absolvovat kurz BS v budoucnu**



**Interpretace:**

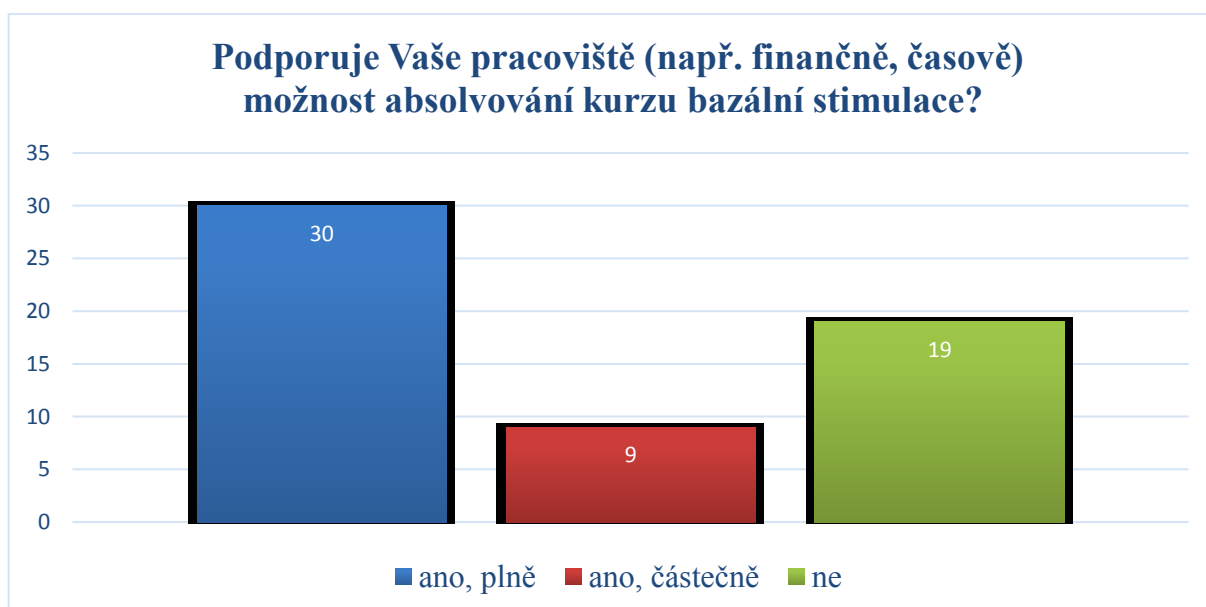
Z grafu č. 10b vyplývá, že více než polovina **22** (54%) respondentů, kteří dosud kurz BS neabsolvovali, by chtěla v budoucnu kurz absolvovat. **19** (46%) respondentů, jež nejsou absolventy žádného kurzu naopak uvedlo, že kurz BS v budoucnu absolvovat nechtějí.

**Položka č. 12 – Podporuje Vaše pracoviště (např. finančně, časově) možnost absolvování kurzu bazální stimulace?**

**Tabulka č. 11 – Podpora absolvování kurzu BS ze strany zaměstnavatele**

<b>Podporuje Vaše pracoviště (např. finančně, časově) možnost absolvování kurzu bazální stimulace?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Ano, plně</b>	30	52%
<b>Ano, částečně</b>	9	16%
<b>Ne</b>	19	33%
<b>Celkem</b>	58	100%

**Graf č. 11 – Podpora absolvování kurzu BS ze strany zaměstnavatele**



**Interpretace:**

Ačkoli všechna oddělení, na kterých respondenti působí, spadají pod jednu nemocnici, tak celkem **39** (68%) respondentů uvedlo, že jejich pracoviště podporuje absolvování kurzu BS, z čehož **30** (52%) respondentů uvedlo plnou podporu ze strany pracoviště a **9** (16%) respondentů částečnou. Částečnou až plnou podporu pracoviště uvedli zejména respondenti z ARO, interní a multidisciplinární JIP.

Naopak žádnou podporu ze strany pracoviště uvedlo **19** (33%) respondentů. Jedná se zejména o respondenty z neurologické a chirurgické JIP.

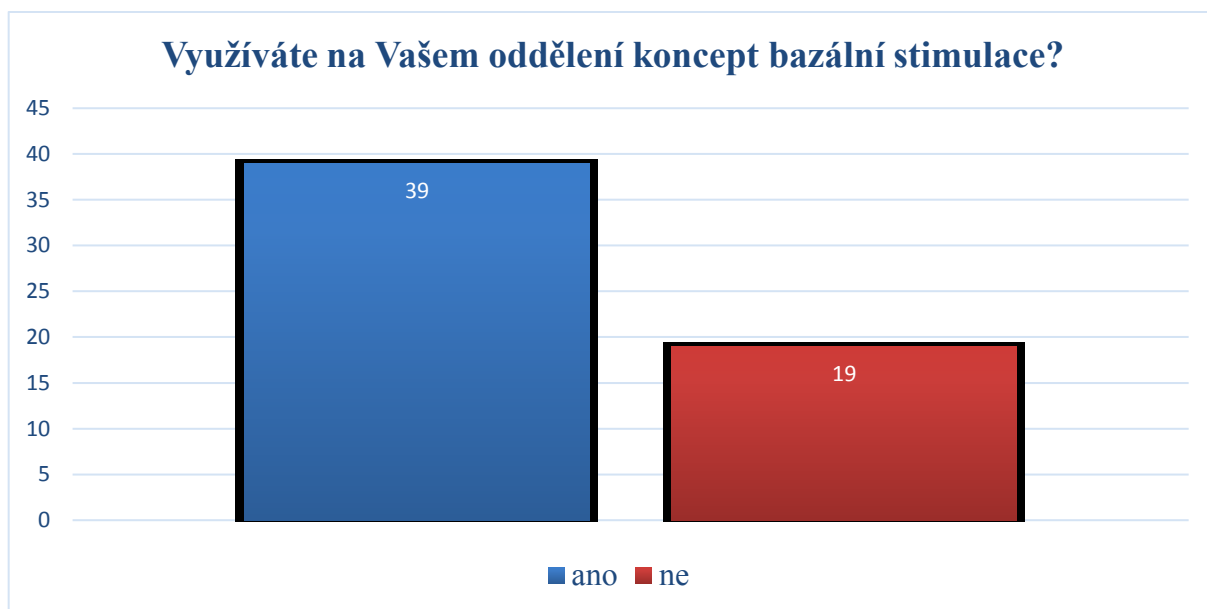


### **Položka č. 13a – Využíváte na Vašem oddělení koncept bazální stimulace?**

**Tabulka č. 12a – Využívání konceptu BS na oddělení**

<b>Využíváte na Vašem oddělení koncept bazální stimulace?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Ano</b>	39	67%
<b>Ne</b>	19	33%
<b>Celkem</b>	58	100%

**Graf č. 12a – Využívání konceptu BS na oddělení**



#### **Interpretace:**

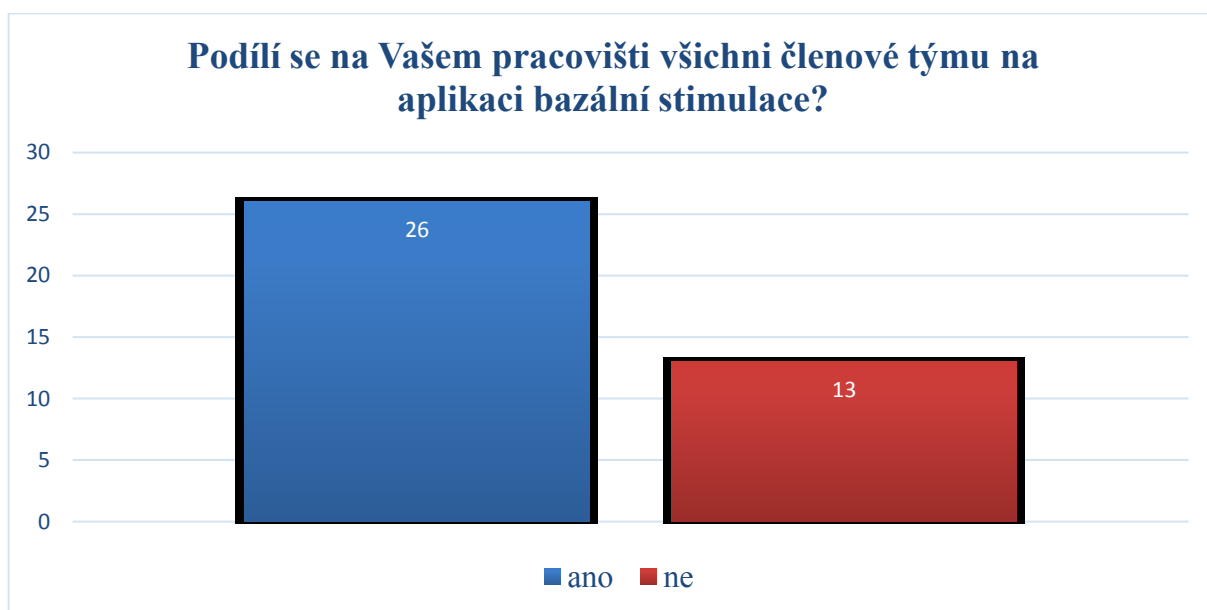
Přes polovina respondentů **39** (67%) z celkového počtu uvedla, že koncept BS na svém oddělení využívá. **19** (33%) respondentů koncept BS na svém oddělení nevyužívá. Odpověď „ne“ zvolily všechny všeobecné sestry z chirurgické JIP a některé z neurologické JIP.

**Položka č. 13b – Podílí se na Vašem pracovišti všichni členové týmu na aplikaci bazální stimulace?**

**Tabulka č. 12b – Podílení se na aplikaci BS ze strany celého týmu**

Podílí se na Vašem pracovišti všichni členové týmu na aplikaci bazální stimulace?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	26	67%
Ne	13	33%
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 11b – Podílení se na aplikaci BS ze strany celého týmu**



**Interpretace:**

Z **39** (67%) respondentů, kteří uvedli, že se na jejich oddělení koncept BS využívá, odpovídali dále na podotázku, zda se na aplikaci BS podílí všichni členové týmu. **26** (67%) respondentů uvedlo, že se na jejich oddělení účastní aplikace konceptu BS všichni členové týmu.

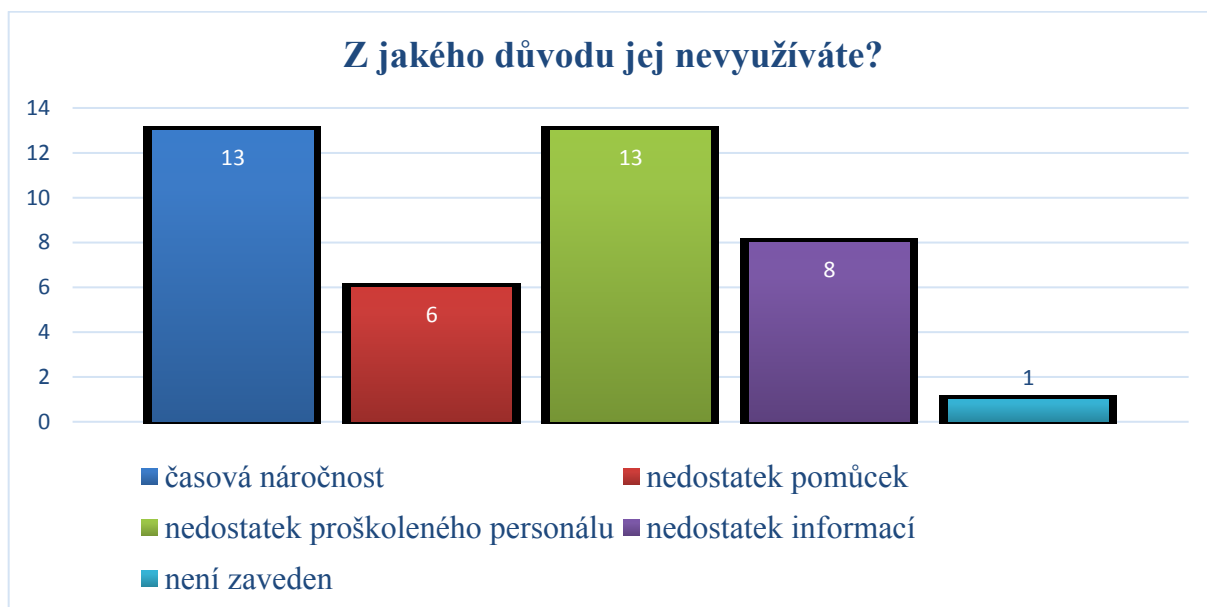
**13** (33%) respondentů odpovědělo, že se na jejich pracovišti všichni členové týmu na aplikaci BS nepodílejí.

### Položka č. 13c – Pokud jste odpověděl/a NE, tak z jakého důvodu?

Tabulka č. 12c – Důvody pro nevyužívání konceptu BS

Z jakého důvodu jej nevyužíváte?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Časová náročnost	13	32%
Nedostatek pomůcek	6	15%
Nedostatek proškoleného personálu	13	32%
Nedostatek informací	8	20%
Není zaveden	1	2%
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

Graf č. 12c – Důvody pro nevyužívání konceptu BS



#### Interpretace:

Z 39 (67%) respondentů odpovědělo 19 (33%) na otázku využívání konceptu BS na jejich pracovišti záporně. Tito respondenti odpovídali dále na podotázku, z jakého důvodu se na jejich pracovišti koncept BS nevyužívá.

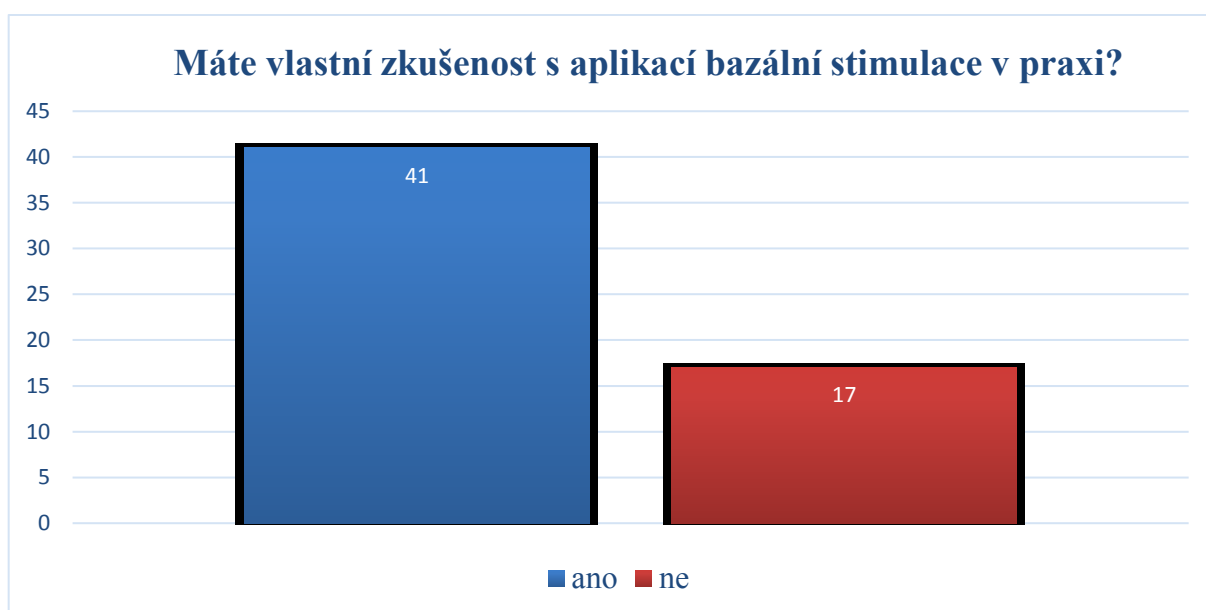
U této podotázky měli respondenti na výběr více možností. Nejčastějšími vybranými důvody byla **časová náročnost**, která byla zvolena celkem **13krát** (32%) a **nedostatek proškoleného personálu**, který byl vybrán rovněž **13krát** (32%). Dalším často vybraným důvodem byl **nedostatek informací**, celkem **8krát** (20%). **6krát** (15%) byl zvolen důvod **nedostatek pomůcek** a **1krát** (2%) byla vybrána možnost **není zaveden**.

## Položka č. 14 – Máte vlastní zkušenost s aplikací bazální stimulace v praxi?

Tabulka č. 13 – Vlastní zkušenost s aplikací konceptu BS v praxi

Máte vlastní zkušenost s aplikací bazální stimulace v praxi?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	41	71%
Ne	17	29%
<b>Celkem</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

Graf č. 12 – Vlastní zkušenost s aplikací konceptu BS v praxi



### Interpretace:

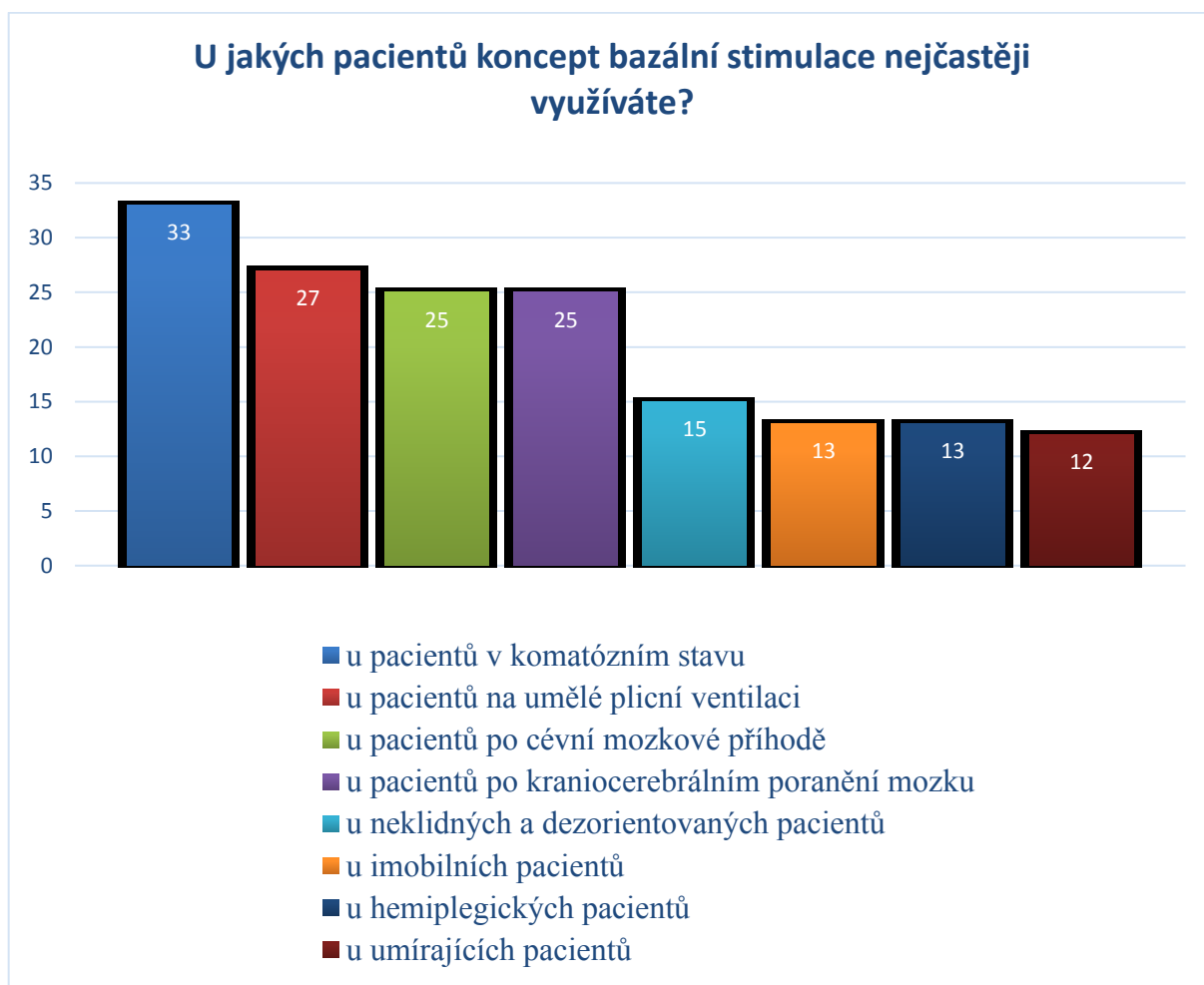
Z **58** (100%) respondentů vybralo kladnou odpověď na otázku týkající se vlastní zkušenosti s aplikací BS v praxi celkem **41** (71%). **17** (29%) respondentů však uvedlo, že nemají vlastní zkušenost s aplikací konceptu BS v praxi. Tato otázka působila jako filtrační, jelikož respondenti se zápornou odpovědí nemohli adekvátně odpovídat na následující otázky v dotazníku. Touto otázkou bylo tedy vyřazeno celkem **17** (29%) respondentů. Jednalo se o většinu všeobecných sester z chirurgické JIP a část z neurologické JIP.

**Položka č. 15 – U jakých pacientů koncept bazální stimulace nejčastěji využíváte?**

**Tabulka č. 3 – Druh pacientů, u kterých je koncept BS nejčastěji využíván**

U jakých pacientů koncept bazální stimulace nejčastěji využíváte?	Absolutní četnost	Relativní četnost
U pacientů v komatózním stavu	33	20%
U pacientů na umělé plicní ventilaci	27	17%
U pacientů po cévní mozkové příhodě	25	15%
U pacientů po kraniocerebrálním poranění mozku	25	15%
U neklidných a dezorientovaných pacientů	15	9%
U imobilních pacientů	13	8%
U hemiplegických pacientů	13	8%
U umírajících pacientů	12	7%
<b>Celkem</b>	<b>163</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 13 – Druh pacientů, u kterých je koncept BS nejčastěji využíván**



### Interpretace:

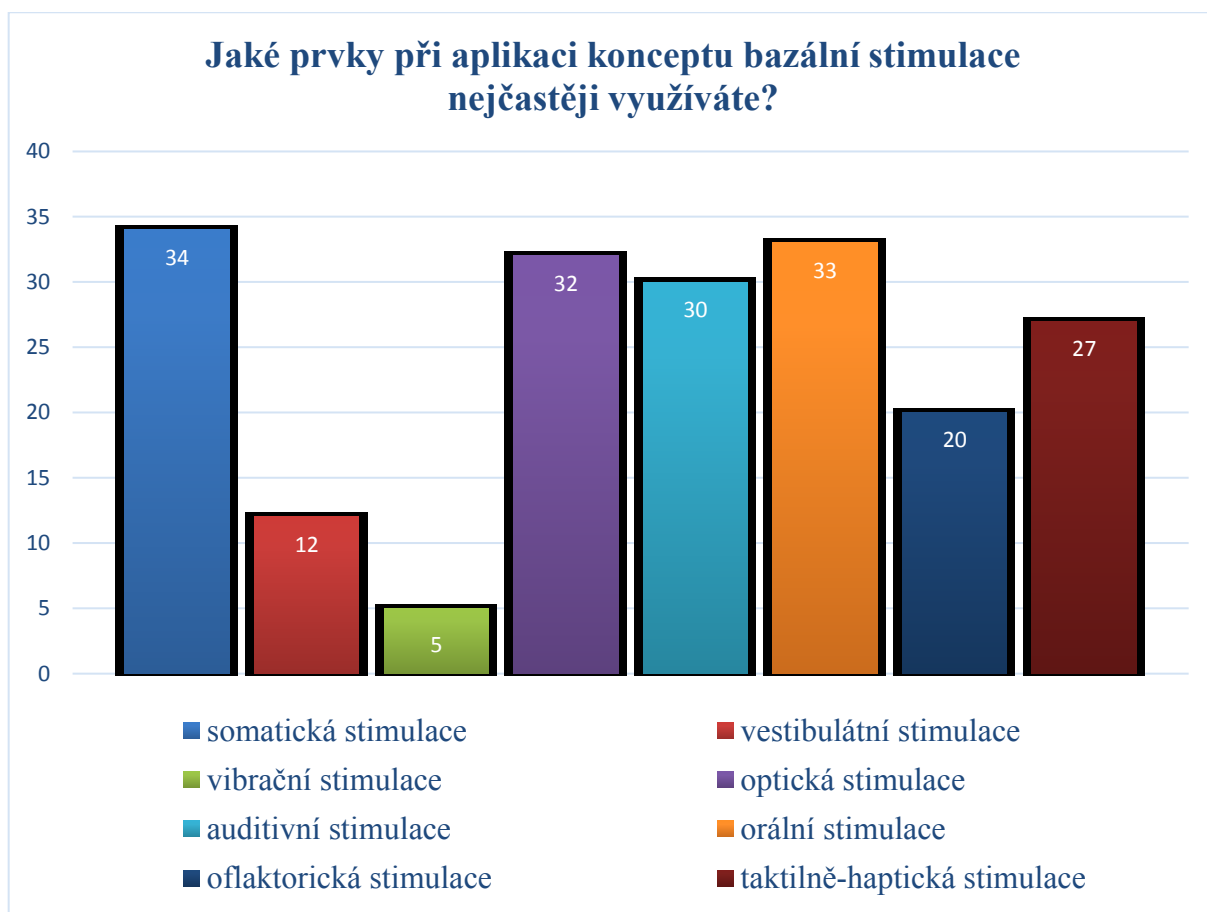
Respondenti měli v otázce, u jakých pacientů koncept BS nejčastěji využívají, na výběr více odpovědí. Z grafu č. 15 je patrné, že je koncept BS nejčastěji využíván **u pacientů v komatózním stavu**. Tato možnost byla vybrána celkem **33krát (20%)**. Další velmi často zvolenou možností bylo využití BS **u pacientů na UPV**, celkem **27krát (17%)**. **25krát (15%)** byla respondenty zvolena odpověď **u pacientů po CMP** a rovněž odpověď **u pacientů po kraniocerebrálním poranění mozku**. O něco méně, celkem **15krát (9%)**, byla zvolena možnost **u neklidných a dezorientovaných pacientů**. Využití BS **u imobilních a hemiplegických pacientů** bylo respondenty u každé z odpovědí zvoleno **13krát (8%)**. Nejméně zvolenou odpovědí byla odpověď **u umírajících pacientů**, která byla vybrána celkem **12krát (7%)**.

### Položka č. 16 – Jaké prvky při aplikaci konceptu bazální stimulace nejčastěji využíváte?

Tabulka č. 4 – Nejčastěji využívané prvky při aplikaci konceptu BS

Jaké prvky při aplikaci konceptu bazální stimulace nejčastěji využíváte?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Somatická stimulace	34	18%
Vestibulární stimulace	12	6%
Vibrační stimulace	5	3%
Optická stimulace	32	17%
Auditivní stimulace	30	16%
Orální stimulace	33	17%
Olfaktorická stimulace	20	10%
Taktilně-haptická stimulace	27	14%
<b>Celkem</b>	<b>193</b>	<b>100%</b>

Graf č. 15 – Nejčastěji využívané prvky při aplikaci konceptu BS



**Interpretace:**

U otázky nejčastěji využívané prvky při aplikaci BS měli respondenti opět na výběr více možností. Nejvíce zastoupenou odpovědí byla **somatická stimulace**, která byla vybrána celkem **34krát** (18%). Druhým, nejčastěji voleným prvkem, byla **orální stimulace**, celkem **33krát** (17%). **Optická stimulace** byla zvolena celkem **32krát** (16%). Odpověď **auditivní stimulace** byla respondenty vybrána **30krát** (16%). Dalším často voleným prvkem byla **taktilně-haptická stimulace**, celkem **27krát** (14%). **Olfaktorická stimulace** byla uvedena **20krát** (10%). Prvek **vestibulární stimulace** byl zvolen **12krát** (6%). Nejméně zvoleným prvkem využívaným při aplikaci BS byla **vibrační stimulace**, která byla vybrána pouze **5krát** (3%).

**Položka č. 17 – Je z Vašeho pohledu aplikace konceptu bazální stimulace v ošetrovatelské péči efektivní?**

**Tabulka č. 16 – Efektivnost aplikace konceptu BS z pohledu respondentů**

Je z Vašeho pohledu aplikace konceptu bazální stimulace v ošetrovatelské péči efektivní?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	95%
Ne	2	5%
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 16 – Efektivnost aplikace konceptu BS z pohledu respondentů**



**Interpretace:**

Z celkem **41** (100%) respondentů, vnímá aplikaci konceptu BS v ošetrovatelské péči jako efektivní více než polovina respondentů, dohromady **39** (95%). Pouze **2** (5%) respondenti uvedli, že z jejich pohledu není aplikace konceptu BS v ošetrovatelské péči efektivní. Tuto odpověď vybrali respondenti z neurologické JIP.

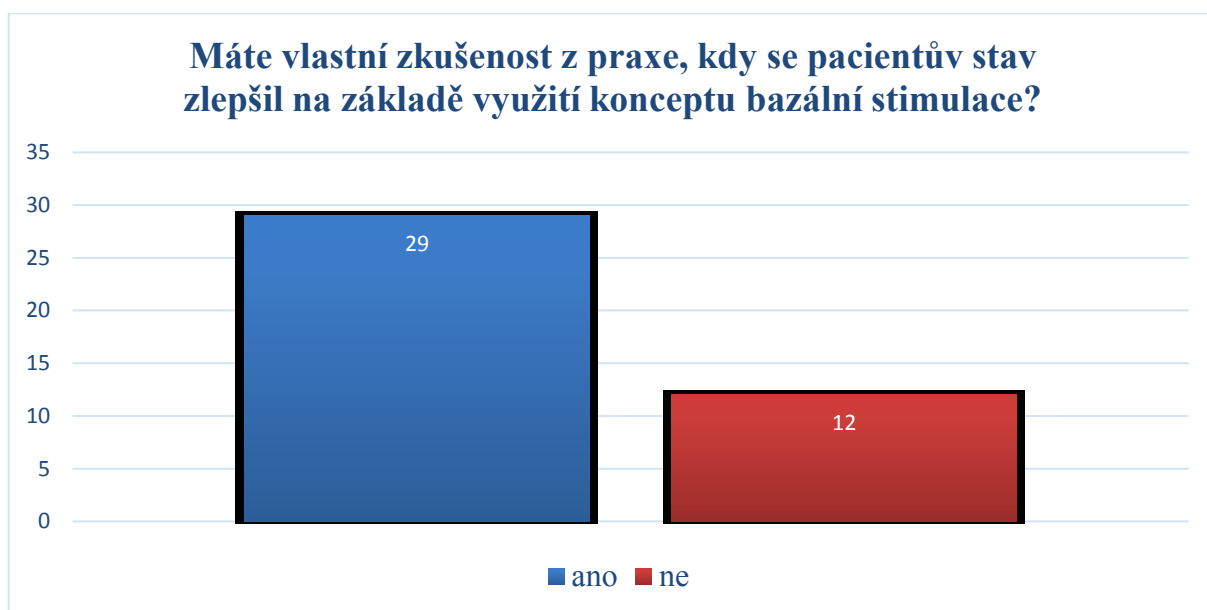


**Položka č. 18 – Máte vlastní zkušenost z praxe, kdy se pacientův stav zlepšil na základě využití konceptu bazální stimulace?**

**Tabulka č. 17 – Zkušenost se zlepšením pacientova stavu na základě využití konceptu BS**

Máte vlastní zkušenost z praxe, kdy se pacientův stav zlepšil na základě využití konceptu bazální stimulace?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	29	71%
Ne	12	29%
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 17 – Zkušenost se zlepšením pacientova stavu na základě využití konceptu BS**



**Interpretace:**

Vlastní zkušenost se zlepšením pacientova stavu na základě využití konceptu BS má **29** (71%) respondentů, což je více než polovina. Respondentů, kteří takovou zkušenost nemají, bylo celkem **12** (29%). Tuto zkušenost nemají někteří respondenti z neurologické JIP.

### Položka č. 19 – Vnímáte koncept bazální stimulace jako součást ošetrovatelské péče?

Tabulka č. 18 – Vnímání konceptu BS jako součásti ošetrovatelské péče

Vnímáte koncept bazální stimulace jako součást ošetrovatelské péče?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	95%
Ne	2	5%
Celkem	41	100%

Graf č. 18 – Vnímání konceptu BS jako součásti ošetrovatelské péče



#### Interpretace:

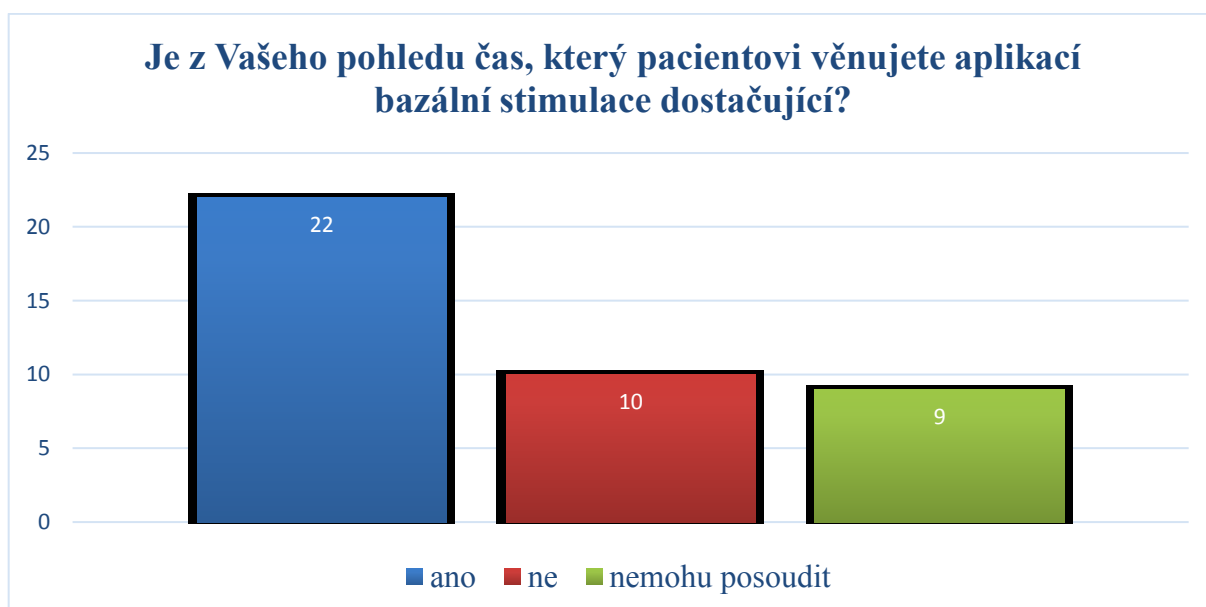
Koncept BS jako součást ošetrovatelské péče vnímají více než tři čtvrtiny respondentů, celkem 39 (95%). Zápornou odpověď zvolili pouze 2 (5%) respondenti. Tito respondenti pocházeli z interní a multidisciplinární JIP.

**Položka č. 20 – Je z Vašeho pohledu čas, který pacientovi věnujete aplikací bazální stimulace dostačující?**

**Tabulka č. 19 – Dostatek času pro aplikaci BS**

<b>Je z Vašeho pohledu čas, který pacientovi věnujete aplikací bazální stimulace dostačující?</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Ano</b>	22	54%
<b>Ne</b>	10	24%
<b>Nemohu posoudit</b>	9	22%
<b>Celkem</b>	41	100%

**Graf č. 19 – Dostatek času pro aplikaci BS**



**Interpretace:**

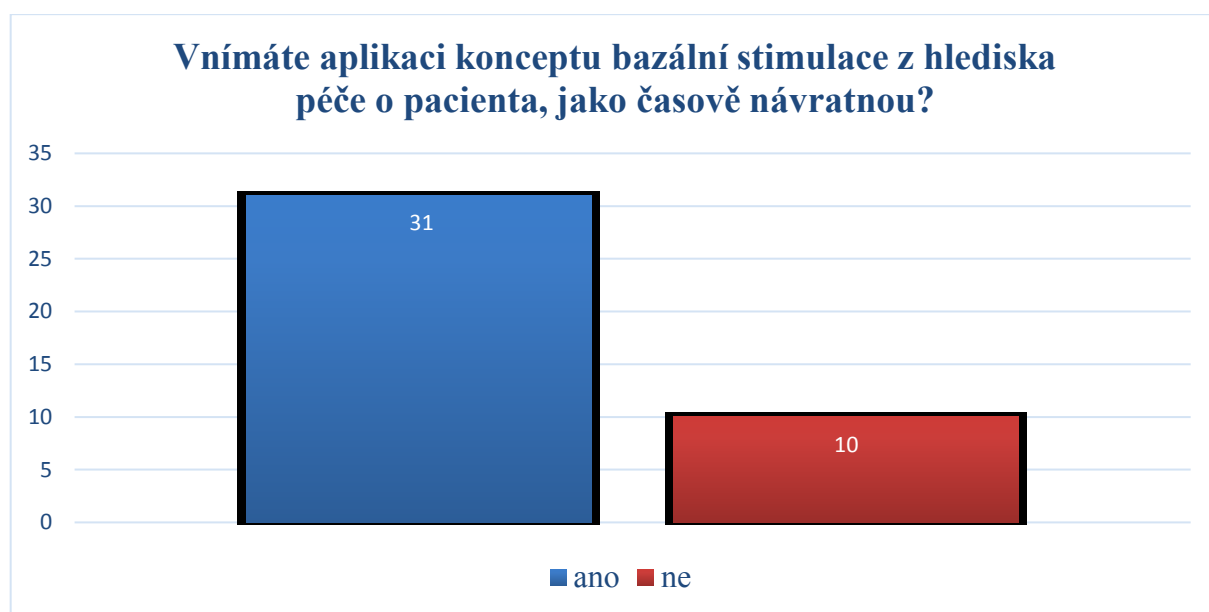
**22** (54%) respondentů se domnívá, že čas, který pacientovi věnují aplikací BS **je** dostačující. Naopak pro **10** (24%) respondentů **není** čas, který pacientovi aplikací BS věnují, dostačující. Nejčastěji byla tato odpověď zastoupena respondenty z multidisciplinární JIP. **9** (22%) respondentů vybralo možnost **nemohu posoudit**.

**Položka č. 21 – Vnímáte aplikaci konceptu bazální stimulace z hlediska péče o pacienta, jako časově návratnou?**

**Tabulka č. 20 – Vnímání časové návratnosti konceptu BS z pohledu respondentů**

Vnímáte aplikaci konceptu bazální stimulace z hlediska péče o pacienta, jako časově návratnou?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	31	76%
Ne	10	24%
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

**Graf č. 20 – Vnímání časové návratnosti konceptu BS z pohledu respondentů**



**Interpretace:**

Z grafu č. 22 je patrné, že více než tři čtvrtiny respondentů **31 (76%) vnímají** aplikaci konceptu BS z hlediska péče o pacienta jako časově návratnou. Z pohledu **10 (24%)** respondentů **není** aplikace konceptu BS z hlediska péče o pacienta časově návratná. Tuto možnost zvolili respondenti převážně z neurologické a multidisciplinární JIP.

## 4 DISKUZE

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat, do jaké míry je koncept bazální stimulace na odděleních intenzivní péče využíván a zda je z pohledu všeobecných sester vnímán jako efektivní.

Díličními cíli bylo zmapovat informovanost a vzdělávání sester v konceptu bazální stimulace, zmapovat, jaké prvky z konceptu bazální stimulace jsou nejčastěji využívány, zjistit, zda sestry aplikaci konceptu bazální stimulace vnímají výhledově jako časově návratnou z hlediska péče o pacienta.

Žádost o povolení výzkumného šetření byla v prosinci 2018 schválena náměstkyní pro ošetrovatelskou péči v ONN a.s. (viz příloha). Krátce po schválení žádosti bylo zahájeno dotazníkové šetření na vybraných odděleních, které probíhalo do ledna 2019.

Dotazníkové šetření probíhalo pouze v ONN a.s. na odděleních intenzivní péče (interní JIP, multidisciplinární JIP, neurologická JIP, chirurgická JIP a ARO). Celkem bylo rozdáno 75 dotazníků. Návratnost činila 84% (63 dotazníků), z čehož tři byly z důvodu neúplného vyplnění vyřazeny. Z každého oddělení bylo získáno celkem 12 kompletně vyplněných dotazníků.

Oddělení ARO a interní JIP v ONN a.s. jsou současně certifikovanými pracovišti v oblasti bazální stimulace. Ve srovnání s bakalářskou prací na téma: Bazální stimulace v intenzivní péči - využití biografické anamnézy, z roku 2012 od autorky Lucie Křepelkové pod vedením PhDr. Michaely Schneiderové, jež se zabývala podobným tématem, došlo v ONN a.s. ke značnému posunu v oblasti bazální stimulace na různých odděleních. Byla také zlepšena dokumentace pro bazální stimulaci (náhled v příloze).

**Charakteristika respondentů** byla analyzována pomocí identifikačních údajů. Tyto údaje zahrnovaly **otázky č. 1 – 6**. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věkovém rozmezí 36 – 45 let (42%). Druhou nejpočetnější skupinu zastupovaly všeobecné sestry ve věkovém rozmezí 26 – 35 let (25%). Zajímavým zjištěním bylo, že u více než poloviny respondentů (68%) činila délka praxe ve zdravotnictví 10 let a více, přičemž délka praxe na odděleních JIP a ARO byla rovněž nejvíce zastoupena v délce 10 let a více (47%) vzhledem k psychické i fyzické náročnosti na těchto odděleních. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti v rozmezí 1 – 5 let (28%). V porovnání s rokem 2012, kdy byla nejvíce zastoupena délka praxe v ONN a.s. na odděleních intenzivní péče do 5 let (39% respondentů), zůstávají nyní sestry na odděleních intenzivní péče déle (Křepelková, 2012). Bc. Ivana

Nováková (2018) ve své diplomové práci také uvádí největší zastoupení délky praxe na odděleních intenzivní péče do 5-ti let (39% respondentů).

Jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo nejvíce respondentů (50%) středoškolské vzdělání. Tento fakt je téměř srovnatelný s rokem 2012 (Křepelková, 2012). Druhou nejvíce zastoupenou skupinu tvořili respondenti s vysokoškolským vzděláním (35%). Což je v porovnání s rokem 2012 podstatně více. Dle Křepelkové (2012) bylo v roce 2012 v ONN a.s. na odděleních intenzivní péče pouze (10,2%) vysokoškolsky vzdělaných všeobecných sester. Specializaci ve zdravotnictví uvedlo celkem 27% respondentů, z čehož byla nejvíce zastoupena specializace v ARIP (88%).

**Informovanost a vzdělání** všeobecných sester v konceptu bazální stimulace se zabývaly **otázky č. 7 - 12**. Pozitivním zjištěním bylo, že se s pojmem bazální stimulace setkali téměř všichni respondenti (97%). Negativní odpověď zvolili pouze 2 (3%) respondenti. Tito dva respondenti v dotazníku dále nepokračovali, jelikož nemohli adekvátně odpovídat na následující otázky. V porovnání s Gabrielou Ruffingovou (2017), která ve své bakalářské práci uvádí, že se s pojmem BS setkalo 100 % dotazovaných z oddělení intenzivní péče lze vyvodit, že většina všeobecných sester z oddělení intenzivní péče se již s pojmem BS opravdu setkala.

Nejvíce respondentů (41%) se pak s konceptem BS v praxi poprvé setkalo během studia. Jednalo se zejména o respondenty s vysokoškolským či vyšším odborným vzděláním. Druhou nejčastěji zastoupenou odpovědí respondentů (24%) bylo setkání se s problematikou na současném pracovišti, tuto odpověď nejčastěji volili respondenti z interní JIP a ARO. Nicméně 4 (7%) respondenti uvedli, že se s konceptem BS v praxi ještě nesetkali, jednalo se o respondenty z neurologické a chirurgické JIP. Lze konstatovat, že na základě navýšení počtu všeobecných sester s vyšším vzděláním na odděleních intenzivní péče, oproti roku 2012, se respondenti častěji setkali s pojmem BS již během studia než na současném pracovišti, což je kladným zjištěním. Pro porovnání se dle Křepelkové v roce 2012 v ONN a.s. s konceptem BS poprvé setkalo 41% dotazovaných na současném pracovišti a 32% dotazovaných během studia. Avšak dle Ruffingové (2017) již převyšoval počet respondentů na odděleních intenzivní péče, kteří se poprvé s konceptem setkali rovněž během studia (41,5%).

Kladným zjištěním také bylo, nejen že se většina respondentů s konceptem BS již setkala, ale dokonce více než polovina (67%) respondentů zná alespoň některé z centrálních cílů konceptu BS. Pravdivost kladné odpovědi byla ověřena doplňující otevřenou otázkou, jaké cíle konceptu BS respondenti znají. Zápornou odpověď zvolilo 33% respondentů

převážně z chirurgické JIP. Přestože více než polovina respondentů cíle konceptu BS zná, 33% respondentů ohodnotilo své znalosti jako dostačující a 33% jako nedostačující. Velmi dobré znalosti uvedli pouze 2 (3%) respondenti. Dle Křepelkové (2012) v ONN a.s. hodnotili respondenti nejčastěji své znalosti v oblasti BS jako dobré (54%). Stejně tomu tak je i dle Novákové (2018), kdy respondenti nejčastěji hodnotili své znalosti jako dobré (54%).

Negativním výsledkem v oblasti vzdělání všeobecných sester v konceptu BS je, že kurz BS neabsolvovala více než polovina respondentů (71%), na základě čehož mohli respondenti hodnotit své znalosti v oblasti BS nejčastěji jako dostatečné až nedostatečné, což není dobrým východiskem pro aplikaci BS v praxi. Základní kurz absolvovalo 29% respondentů, přičemž nástavbový kurz neabsolvoval žádný respondent. Křepelková (2012) uvádí, že základní kurz absolvovalo 23% dotazovaných, nástavbový kurz 1 (2%) respondent a 54% respondentů nebylo absolventem žádného kurzu. Z porovnání dat vyplývá, že počet respondentů se základním kurzem BS se v ONN a.s. o něco navýšil. Lze konstatovat, že absolventů kurzu BS je stále nedostatek, což potvrzuje také Nováková (2018), která uvádí, že kurz BS neabsolvovalo až 85% respondentů z oddělení intenzivní péče.

Pozitivním výsledkem je však skutečnost, že přes polovinu respondentů (54%), kteří nejsou absolventy žádného kurzu BS, by chtěli kurz BS v budoucnu absolvovat.

Ze zjištěných informací také vyplývá, že na některých pracovištích je absolvování kurzu BS částečně až plně podporováno. Plnou podporu ze strany pracoviště uvedlo 52% respondentů, zejména respondenti z ARO, interní a multidisciplinární JIP. Nulovou podporu uvedli někteří respondenti z chirurgické a neurologické JIP. Je zajímavé, že ne všichni respondenti ze stejného pracoviště uváděli totožnou odpověď na otázku podpory v absolvování kurzu BS ze strany pracoviště. Příčinou může být nedostatečná informovanost o možnosti využití kurzu BS, případně odlišné smluvní podmínky respondentů.

**Zkušenostmi všeobecných sester s konceptem BS a využíváním konceptu BS v praxi** se zabývaly otázky č. 13 – 16. Koncept bazální stimulace v praxi využívá 67% respondentů, což je příznivý výsledek. Na základě otázky o využití konceptu BS na oddělení bylo však zjištěno, že na chirurgické JIP se koncept BS naprosto nevyužívá. Zápornou odpověď uvedlo 33% respondentů (všichni respondenti z chirurgické JIP a 4 respondenti z neurologické JIP). Tato oddělení by měla být o konceptu BS více informována a měla by být více podporována možnost absolvování kurzu BS.

Křepelková (2012) uvádí, že v roce 2012 v ONN a.s. využívalo koncept BS 82% respondentů. Ruffingová (2017) uvádí, že využití konceptu BS na odděleních intenzivní péče

uvedlo pouze 26% respondentů. Nováková (2018) naopak uvádí, že koncept BS v intenzivní péči využívalo až 74% respondentů.

Pokud respondenti uvedli, že na svém oddělení koncept BS využívají, odpovídali dále na otázku, zda se na jejich oddělení na aplikaci BS podílí všichni členové týmu. Pozitivním výsledkem bylo, že 67% respondentů uvedlo, že se na aplikaci konceptu BS podílí všichni členové týmu.

Zápornou odpověď zvolilo 33% respondentů. Bylo překvapující, že někteří respondenti na tuto otázku odpovídali kladně a jiní záporně, i když pocházeli ze stejného pracoviště. Jestliže respondenti odpověděli, že koncept BS na oddělení nevyužívají, byl zjišťován nejčastější důvod. Respondenti měli na výběr více možností. Nejčastějšími vybranými důvody byla časová náročnost, která byla zvolena 13krát (32%) a nedostatek proškoleného personálu, který byl zvolen rovněž 13krát (32%). Dalšími často zvolenými důvody byl nedostatek informací a pomůcek.

Tento výsledek je téměř srovnatelný s Křepelkovou (2012), kdy respondenti z ONN a.s. také uváděli nejčastějším důvodem nevyužívání konceptu BS na oddělení nedostatek času, informací a personálu. Nováková (2018) ve své diplomové práci rovněž uvádí nejčastějšími důvody nedostatek času, personálu a neznalost konceptu.

Vlastní zkušenost s aplikací BS v praxi má však až 71% respondentů, což je příznivý výsledek, nicméně kurz BS absolvovalo pouze 29% respondentů a většina respondentů ohodnotila své znalosti v oblasti BS jako dostatečné až nedostatečné, jak je uvedeno výše. Domnívám se, že tento nedostatek může negativně ovlivnit správnost a efektivitu aplikace BS v praxi. Aby mohla být prováděna kvalitní BS na odděleních intenzivní péče, je zapotřebí dostatek proškoleného personálu s dostatkem informací a znalostí. Proškolený personál pak může předat kvalitní informace, znalosti a zkušenosti ostatním pracovníkům.

Respondenti, kteří neměli vlastní zkušenost s aplikací BS v praxi (29%) byli vyřazeni, jelikož nemohli dále adekvátně odpovídat na následující otázky v dotazníku. Jednalo se o většinu respondentů z chirurgické JIP a část respondentů z neurologické JIP.

Dále bylo zkoumáno, u jakých pacientů je koncept BS na odděleních intenzivní péče nejčastěji využíván. Respondenti měli na výběr více možností. Nejčastěji byla zvolena možnost „u pacientů v komatózním stavu“, která byla zvolena celkem 33krát (20%). Jako druhá nejčastěji zvolená možnost byla „u pacientů na UPV“. Tato možnost byla zvolena celkem 27krát (17%). Dále respondenti koncept BS často využívají u pacientů po CMP, celkem 25krát (15%) a u pacientů po kraniocerebrálním poranění mozku, celkem 25krát



(15%). Možnost aplikace konceptu BS u umírajících pacientů byla zvolena s nejmenším počtem odpovědí, celkem 12krát (7%).

Křepelková (2012) uvádí nejčastější využívání konceptu BS v ONN a.s. na odděleních intenzivní péče, u pacientů s kraniocerebrálním poraněním. Podobné výsledky uvádí Nováková (2018), kdy respondenti nejčastěji volili možnosti využívání konceptu BS u pacientů v komatózních stavech, po kraniocerebrálním poranění mozku a u pacientů na UPV.

Nejčastěji aplikovaným prvkem v konceptu BS je somatická stimulace, která byla zvolena celkem 34krát (18%). Somatická stimulace je obecně nejvyužívanějším prvkem v konceptu BS. Dalším nejčastěji zvoleným prvkem byla orální stimulace, která byla zvolena celkem 33krát (17%). Nejméně aplikovaným prvkem v konceptu BS je vibrační stimulace, která byla vybrána pouze 5krát (3%), přičemž je tato stimulace významná při podpoře dýchání, zejména pak v intenzivní péči. Příčinou může být neznalost správné techniky a nedostatek informací v této oblasti.

Velmi podobné výsledky uvádí i Křepelková (2012), kdy nejčastěji aplikovaným prvkem v konceptu BS v ONN a.s. byla dle respondentů také somatická stimulace a nejméně využívaným prvkem stimulace vibrační. Ruffingová (2017) naopak nejčastěji aplikovaným prvkem v konceptu BS na odděleních intenzivní péče uvádí auditivní stimulaci (88% respondentů) a nejméně aplikovaným prvkem pak orální stimulaci (12% respondentů).

Pohledem všeobecných sester na koncept BS z několika hledisek se zabývaly **otázky č. 17 – 21**. Velmi potěšujícím zjištěním bylo, že sestry opravdu vnímají koncept BS jako efektivní. Kladnou odpověď uvedlo 95% dotazovaných. Pouze dva respondenti uvedli, že z jejich pohledu není koncept BS v ošetrovatelské péči efektivní. Dalším pozitivním výsledkem bylo, že více než polovina (71%) respondentů má vlastní zkušenost z praxe, kdy se na základě využití konceptu BS pacientův stav zlepšil. Tento výsledek vypovídá o účinnosti aplikace konceptu BS na odděleních intenzivní péče, proto by se měl klást větší důraz na integraci konceptu BS do ošetrovatelské péče a navyšovat počty proškoleného personálu. V porovnání s Křepelkovou (2012), kde uvedlo zkušenosti se zlepšením stavu pacienta 63% respondentů, se počet kladných zkušeností s aplikací BS v ONN a.s. ještě poněkud navýšil.

Koncept BS jako součást ošetrovatelské péče vnímá 95% respondentů, což je velmi chvályhodný výsledek. Lze tedy konstatovat, že všeobecné sestry na odděleních intenzivní péče (vyjma chirurgické JIP) v ONN a.s. mají o integraci konceptu BS do ošetrovatelské péče zájem.

Překvapivým výsledkem byl fakt, že je z pohledu respondentů (54%) čas, který pacientovi aplikací BS věnují, dostačující. Tito respondenti byli převážně z oddělení ARO a interní JIP, což jsou také certifikovaná pracoviště. Nedostatek času uváděli respondenti převážně z multidisciplinární JIP, což je zatím necertifikované pracoviště.

Posledním zjišťovaným problémem bylo, zda všeobecné sestry z oddělení intenzivní péče vnímají aplikaci konceptu BS z hlediska péče o pacienta jako časově návratnou, tj. čas, který je pacientovi věnován aplikací konceptu BS, se ošetřujícímu personálu výhledově vrátí v podobě zlepšení pacienta a tím zmírnění náročnosti ošetrovatelské péče, která je na odděleních intenzivní péče na denním pořádku.

Výsledek byl také velmi pozitivní. 76% dotazovaných vnímá aplikaci konceptu BS jako časově návratnou. Přestože je aplikace konceptu BS časově náročná, z výsledku vyplývá, že se v mnoha případech věnovaný čas vrátí v podobě zlepšení stavu pacienta, což je dalším východiskem pro častější integraci konceptu BS do ošetrovatelské praxe na odděleních intenzivní péče.

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Na základě analýzy dat z dotazníkového šetření vyplynulo, že značný počet všeobecných sester z oddělení intenzivní péče koncept BS v praxi využívá (vyjma chirurgické JIP) a má o něj zájem, nicméně znalosti všeobecných sester v oblasti konceptu BS byly hodnoceny jako dostatečné až nedostatečné, což může mít negativní vliv na kvalitu aplikované BS v praxi spolu s nedostatkem proškoleného personálu.

Proto by měla pracoviště intenzivní péče zajistit lepší přístup k informacím o konceptu BS a zlepšit podmínky a možnosti pro absolvování kurzu BS, zejména pak na pracovištích, která nejsou certifikována. Dále by bylo vhodné zajistit lepší integraci konceptu do péče především na neurologické a chirurgické JIP a personál na těchto odděleních o konceptu více informovat.

# ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou využívání konceptu bazální stimulace v ošetrovatelství na odděleních intenzivní péče. Práce byla rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část popisuje historický vývoj konceptu bazální stimulace v České republice i Evropě, podstatu konceptu bazální stimulace a jeho teoretická východiska. Poté jsou popsány centrální cíle konceptu bazální stimulace a význam autobiografické anamnézy. Dále se práce zabývá prvky konceptu bazální stimulace a jejich využitím v praxi. Další kapitola pak popisuje specifika intenzivní péče a využití konceptu bazální stimulace v intenzivní péči, teoretická východiska konceptu bazální stimulace, podstatu konceptu bazální stimulace. Na teoretickou část navazuje část empirická, ve které jsou stanoveny hlavní a dílčí cíle. Dotazníkové šetření probíhalo v Oblastní nemocnici Náchod a.s. od prosince 2018 do ledna 2019. Bylo zpracováno celkem 60 kompletně vyplněných dotazníků určených pro všeobecné sestry z oddělení intenzivní péče.

**Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat, do jaké míry je koncept bazální stimulace na odděleních intenzivní péče v ONN a.s. využíván a zda je z pohledu všeobecných sester vnímán jako efektivní**

Na základě analýzy dat lze konstatovat, že hlavní cíl této bakalářské práce byl splněn s pozitivním výsledkem - většina dotazovaných z oddělení intenzivní péče na svém pracovišti koncept BS využívá a na aplikaci konceptu se z více než poloviny podílí všichni členové týmu. Koncept není využíván pouze na chirurgické JIP, na neurologické JIP pak velmi omezeně. Jako nejčastější důvody byly uvedeny časová náročnost a nedostatek proškoleného personálu. Dalším příjemným zjištěním bylo, že je koncept z pohledu většiny dotazovaných všeobecných sester vnímán jako efektivní.

## **Stanovené dílčí cíle:**

1. Zmapovat informovanost a vzdělávání sester v konceptu bazální situace.
2. Zmapovat, jaké prvky z konceptu bazální stimulace jsou nejčastěji využívány.
3. Zmapovat, zda sestry aplikaci konceptu bazální stimulace vnímají výhledově jako časově návratnou z hlediska péče o pacienta

Tyto dílčí cíle byly rovněž na základě analýzy získaných dat splněny. Ze získaných dat vyplývá, že znalosti respondentů v oblasti bazální stimulace nejsou na příliš vysoké úrovni,

nicméně značný počet respondentů, zejména s vysokoškolským vzděláním, uvedl, že se s konceptem BS setkal během studia, což je také pozitivním zjištěním. Na odděleních však stále chybí dostatek proškoleného personálu, zejména pak na chirurgické a neurologické JIP.

Nejčastěji využívanými prvky v aplikaci konceptu BS je somatická a orální stimulace. Tyto nejčastěji zastoupené prvky se dle mého názoru nejlépe zapojují do každodenní péče o pacienta na odděleních intenzivní péče. Naopak nejméně využívaným prvkem byla uvedena vibrační stimulace, což může být zapříčiněno nedostatkem informací.

Uspokojivým zjištěním také bylo, že dotazované všeobecné sestry vnímají aplikaci konceptu z hlediska péče o pacienta jako časově návratnou, tj. čas, který je pacientovi věnován aplikací konceptu, se ošetřujícím personálu výhledově vrátí v podobě zlepšení stavu pacienta a tím zmírnění náročnosti ošetrovatelské péče, což může být dalším východiskem pro častější integraci konceptu do ošetrovatelské praxe na odděleních intenzivní péče.

Problematika bazální stimulace je v dnešní době stále častěji diskutovaným tématem, neboť je její účinnost a pozitivní vliv na klienty stále více prokazována. Proto bych na závěr ráda zmínila, že zapojení konceptu do ošetrovatelské péče, zejména pak na odděleních intenzivní péče, je z mého pohledu opravdu smysluplné a mělo by být využíváno častěji. U pacienta vzbudí mnohem větší důvěru k ošetřujícím personálu a napomůže mu tak k lepšímu prožívání hospitalizace. Během své praxe jsem se také setkala s příznivými účinky prvků bazální stimulace, kdy se např. výrazně zklidnil neklidný pacient. Pro správné využívání aplikace bazální stimulace je však neméně důležité vzdělávat se v této oblasti a získávat nové informace.

# ANOTACE

- Autor:** Marcela Ledvinová
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetrovatelství
- Název práce:** Využití konceptu bazální stimulace v ošetrovatelství na odděleních intenzivní péče
- Vedoucí práce:** Mgr. Jitka Pánková
- Počet stran:** 95
- Počet příloh:** 4
- Rok obhajoby:** 2019
- Klíčová slova:** bazální stimulace, koncept, klient, intenzivní péče, ošetrovatelství, komunikace, bezvědomí

Bakalářská práce se zabývá problematikou využívání konceptu bazální stimulace v ošetrovatelství na odděleních intenzivní péče. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část popisuje historický vývoj konceptu bazální stimulace v České republice a Evropě, podstatu konceptu bazální stimulace, jeho teoretická východiska a prvky, jež využívá. Dále se práce zabývá specifiky v intenzivní péči a využitím konceptu bazální stimulace v intenzivní péči.

Empirická část práce vychází z kvantitativního průzkumného šetření realizovaného na základě originálního anonymního dotazníku. Respondenty byly všeobecné sestry z oddělení intenzivní péče v ONN a.s. Hlavním cílem této práce bylo zmapovat, v jaké míře je koncept bazální stimulace na odděleních intenzivní péče využíván a zda je z pohledu všeobecných sester vnímán jako efektivní.

## ANNOTATION

<b>Author:</b>	Marcela Ledvinová
<b>Institution:</b>	Charles University in Prague Faculty of Medicine in Hradec Kralove, Department of Social Medicine Division of Nursing
<b>Title:</b>	Basal stimulation concept and its use in nursing care at intensive care departments
<b>Supervisor:</b>	Mgr. Jitka Pánková
<b>Number of pages:</b>	95
<b>Number of attachments:</b>	4
<b>Year of defense:</b>	2019
<b>Keywords:</b>	basal stimulation, concept, client, intensive care, nursing, communication, unconsciousness

The bachelor thesis deals with basal stimulation concept and its use in nursing care at intensive care departments. The thesis is divided into theoretical and empirical parts. The theoretical part describes the historical development of the basal stimulation concept in the Czech Republic and Europe, the nature of the basal stimulation concept, its theoretical basis and elements used therein. Further, the thesis focuses on the specifics of intensive care and the use of the basal stimulation concept in intensive care.

The empirical part of the thesis is based on a quantitative survey conducted using an original anonymous questionnaire. The respondents were general nurses from the intensive care department at ONN a.s. The main objective of this work was to map the extent, to which the concept of basal stimulation is used at intensive care departments and whether they are perceived as effective by general nurses.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTOSZEK, Gabriele a Peter NYDAHL. *Basale stimulation: Wege in der Pflege*. 5. Auflage. München: Elsevier, Urban & Fischer Verlag, 2012, 288 s. ISBN 978-3-437-59214-0

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016, 752 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.

FALEIDE, Asbjørn O., Lilleba B. LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 9788024728643.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2018a, 216 s. ISBN 978-80-907053-1-9.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace*. Frýdek-Místek, 2018b, 30 s.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. 1. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015, 216 s. ISBN 978-80-904668-9-0.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2007, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.

GJELSVIK, Bente Elisabeth Basso a Line SYRE. *The Bobath Concept in Adult Neurology*. 2.edition. Stuttgart: Thieme Publishing Group, 2016, 296 s. ISBN 3131454520.

GMBH, Elsevier a Nikole MENCHE. *Pflege Heute*. 7.Auflage. München: Elsevier Health Sciences, 2019. ISBN 978-3-437-18231-0.

HUBER, Gudrun a Christina CASAGRANDE. *Komplementäre Sterbebegleitung: Ganzheitliche Konzepte und naturheilkundliche Therapien*. Berlin Heidelberg: Georg Thieme, 2013, 248 s. ISBN 978-3-13-12727-4.

KALVACH, Zdeněk, Libuše ČELEDOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ a Petr WIJA. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, 400 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4026-3.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007, 368 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KAPOUNOVÁ, Jana a Pavel KAPOUN. *Jak napsat bakalářskou a diplomovou práci*. Praha: Grada Publishing a.s, 2017, 136 s. ISBN 8027100798.

KIRSCHNICK, Olaf. *Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation*. Berlin Heidelberg: Georg Thieme, 2010, 497 s. ISBN 978-3-13-12727.

KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada Publishing, 2011, 790 s. ISBN 978-80-247-3068-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009, 176 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011, 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.

MECHOVÁ, Irena a MAJKUSOVÁ, Kamila. *Bazální stimulace na JIP*. Sestra, 2006, roč. 16, č. 12. s. 30 – 31. ISSN 1210-0404

MÜLLER, Oldřich et al. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014, 512 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.



PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnutí*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 192. ISBN 978-80-247-4751-4.

RAINE, Sue, Linzi MEADOWS a Mary LYNCH-ELLERINGTON. *Bobath Concept: Theory and Clinical Practice in Neurological Rehabilitation*. Chichester: John Wiley, 2009, 232 s. ISBN 978-1-405-17041-3.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie*. Třetí, přepracované vydání. Praha: Galén, 2016, 434 s. ISBN 978-80-7492-238-1.

SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, 2008, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada Publishing, 2014, 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ. *Intenzivní medicína*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2014, 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.

ŠVESTKOVÁ, Olga, Yvona ANGEROVÁ, Rastislav DRUGA, Jan PFEIFFER a Jiří VOTAVA. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing, 2017, 320 s. ISBN 978-80-271-0084-2.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ et al. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016, 136 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064 4.

TROJAN, Stanislav. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. přepr. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2003, 771 s. ISBN 978-80-247-05125.

VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015, 112 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5571-7.

VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ a Lucie DOLEJŠÍ. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing, 2019, 216 s. ISBN 978-80-247-2747-9.

ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice: (ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 126 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7435-493

## **KVALIFIKAČNÍ PRÁCE**

ČERNÁ, Lenka. *Stresory působící na klienty hospitalizované na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních*. Bakalářská práce obhájená na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích v r. 2008. 151 s. Depon in: Ústav ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

KŘEPELKOVÁ, Lucie. *Bazální stimulace v intenzivní péči - využití biografické anamnézy*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2012. 114 s. Depon in: Ústav sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

NOVÁKOVÁ, Ivana. *Koncept bazální stimulace v intenzivní péči*. Diplomová práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2018. 134 s. Depon in: Katedra ošetrovatelství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně.

RUFFINGOVÁ, Gabriela. *Bazální stimulace - znalosti a zkušenosti zdravotních sester na vybraných klinikách FNHK*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2017. 112 s. Depon in: Ústav sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

NYDAHL, Petr. *Basale Stimulation® in der Pflege* [online]. 2017, 5 [cit. 2019-03-8]. Dostupné z: [http://www.nydahl.de/Nydahl/Skripte\\_files/SkriptBasis10b.pdf](http://www.nydahl.de/Nydahl/Skripte_files/SkriptBasis10b.pdf)

## SEZNAM ZKRATEK

aj.	= a jiné
ARO	= anesteziologicko-resuscitační oddělení
atd.	= a tak dále
BS	= bazální stimulace
CMP	= cévní mozková příhoda
CNS	= centrální nervová soustava
ČR	= Česká republika
DNA	= deoxyribonukleová kyselina
IP	= intenzivní péče
JIP	= jednotka intenzivní péče
např.	= například
ONN a.s.	= Oblastní nemocnice Náchod a.s.
stol.	= století
tj.	= to je
UPV	= umělá plicní ventilace

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Věk.....	45
Tabulka č. 2a – Vzdělání .....	46
Tabulka č. 2b – Specializace.....	46
Tabulka č. 3 – Délka praxe .....	47
Tabulka č. 4 – Oddělení .....	48
Tabulka č. 5 – Délka praxe na oddělení ARO, JIP .....	49
Tabulka č. 6 – Setkání s pojmem BS .....	50
Tabulka č. 7 – První setkání s konceptem BS v praxi .....	51
Tabulka č. 8 – Znalost centrálních cílů konceptu BS .....	52
Tabulka č. 9 – Znalosti v oblasti BS .....	53
Tabulka č. 10a – Absolvování kurzu BS .....	54
Tabulka č. 10b – Možnost absolvovat kurz BS v budoucnu .....	55
Tabulka č. 11 – Podpora absolvování kurzu BS ze strany zaměstnavatele .....	56
Tabulka č. 12a – Využívání konceptu BS na oddělení .....	57
Tabulka č. 12b – Podílení se na aplikaci BS ze strany celého týmu.....	58
Tabulka č. 12c – Důvody pro nevyužívání konceptu BS .....	59
Tabulka č. 13 – Vlastní zkušenost s aplikací konceptu BS v praxi .....	60
Tabulka č. 14 – Druh pacientů, u kterých je koncept BS nejčastěji využíván.....	61
Tabulka č. 15 – Nejčastěji využívané prvky při aplikaci konceptu BS .....	62
Tabulka č. 16 – Efektivnost aplikace konceptu BS z pohledu respondentů .....	64
Tabulka č. 17 – Zkušenost se zlepšením pacientova stavu na základě využití konceptu BS ..	65
Tabulka č. 18 – Vnímání konceptu BS jako součásti ošetrovatelské péče .....	66
Tabulka č. 19 – Dostatek času pro aplikaci BS .....	67
Tabulka č. 20 – Vnímání časové návratnosti konceptu BS z pohledu respondentů .....	68

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Věk.....	45
Graf č. 2a – Vzdělání .....	46
Graf č. 3 – Délka praxe .....	47
Graf č. 4 – Oddělení.....	48
Graf č. 5 – Délka praxe na oddělení ARO, JIP .....	49
Graf č. 6 – Setkání s pojmem BS.....	50
Graf č. 7 – První setkání s konceptem BS v praxi .....	51
Graf č. 8 – Znalost centrálních cílů konceptu BS .....	52
Graf č. 9 – Znalosti v oblasti BS.....	53
Graf č. 10a – Absolvování kurzu BS .....	54
Graf č. 10b – Možnost absolvovat kurz BS v budoucnu .....	55
Graf č. 11 – Podpora absolvování kurzu BS ze strany zaměstnavatele.....	56
Graf č. 12a – Využívání konceptu BS na oddělení.....	57
Graf č. 12b – Podílení se na aplikaci BS ze strany celého týmu .....	58
Graf č. 12c – Důvody pro nevyužívání konceptu BS .....	59
Graf č. 13 – Vlastní zkušenost s aplikací konceptu BS v praxi .....	60
Graf č. 14 – Druh pacientů, u kterých je koncept BS nejčastěji využíván .....	61
Graf č. 15 – Nejčastěji využívané prvky při aplikaci konceptu BS .....	63
Graf č. 16 – Efektivnost aplikace konceptu BS z pohledu respondentů.....	64
Graf č. 17 – Zkušenost se zlepšením pacientova stavu na základě využití konceptu BS .....	65
Graf č. 18 – Vnímání konceptu BS jako součásti ošetrovatelské péče.....	66
Graf č. 19 – Dostatek času pro aplikaci BS .....	67
Graf č. 20 – Vnímání časové návratnosti konceptu BS z pohledu respondentů .....	68

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1- Dotazníkový formulář .....	87
Příloha č. 2- Souhlas s průzkumným šetřením .....	91
Příloha č. 3- Záznam biografické anamnézy v ONN a.s. ....	92
Příloha č. 4- Záznam realizace výkonů BS v ONN a.s.....	94

## **Příloha č. 1- Dotazníkový formulář**

Dobrý den,

jmenuji se Marcela Ledvinová a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra, který je součástí bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci při dobrovolném vyplnění anonymního dotazníku. Výsledky se stanou součástí mé bakalářské práce na téma: „**Využití konceptu bazální stimulace v ošetrovatelství na odděleních intenzivní péče**“ Dotazník je zaměřen na koncept bazální stimulace v intenzivní péči s cílem zmapovat, do jaké míry je koncept bazální stimulace na odděleních intenzivní péče využíván, případně proč využíván není. Jaké prvky jsou při aplikaci tohoto konceptu nejčastěji využívány, jaká je informovanost a vzdělanost v této oblasti a zda je aplikace konceptu bazální stimulace vnímána jako výhledově časově návratná v souvislosti s ošetrovatelskou péčí.

**Postup pro vyplnění:** Správné odpovědi označte prosím křížkem , nebo uveďte vlastní odpověď (pokud je uvedeno). Máte na výběr jednu nebo více odpovědí.

Předem Vám děkuji za Vaši spolupráci a Váš čas.

Marcela Ledvinová

### **1) Kolik je Vám let?**

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46 a více

### **2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- střední zdravotnická škola
  - vyšší odborná škola zdravotnická
  - vysoká škola (Bc.)
  - vysoká škola (Mgr.)
  - specializace ve zdravotnictví, jaká? (prosím uveďte)
- .....

### **3) Kolik let pracujete ve zdravotnictví?**

- méně než 1 rok
- 1-5 let
- 6-10 let
- 10 let a více

**4) V jaké nemocnici pracujete?**

.....

**5) Na jakém oddělení pracujete?**

- Anesteziologicko-resuscitační oddělení
- Neurologická JIP
- Multidisciplinární JIP
- Chirurgická JIP
- Interní JIP
- Jiné.....

**6) Jak dlouho pracujete na oddělení ARO, JIP?**

- méně než 1 rok
- 1-5 let
- 6-10 let
- 10 let a více

**7) Setkal/a jste se již s pojmem bazální stimulace?**

- ano
- ne

*Pokud jste zvolil/a možnost NE, dále prosím nepokračujte. Děkuji Vám.*

**8) Kde jste se s konceptem bazální stimulace poprvé setkal/a v praxi?**

- během studia
- na současném pracovišti
- na kurzu
- na odborném semináři
- jinde (prosím napište, kde).....
- s konceptem Bazální stimulace jsem se v praxi ještě nesetkal/a

**9) Znáte (alespoň nějaké) centrální cíle konceptu bazální stimulace?**

- ano, jaké? (prosím uveďte)

.....

- ne

**10) Jak byste ohodnotil/a své znalosti v oblasti bazální stimulace?**

- výborné
- velmi dobré
- dobré
- dostačující
- nedostačující



**11) Absolvoval/a jste kurz bazální stimulace?**

- ano, základní kurz
- ano, návštbvový kurz
- nejsem absolventem žádného kurzu

*Pokud nejste absolventem kurzu bazální stimulace, chtěl/a byste kurz v budoucnu absolvovat?*

- ano
- ne

**12) Podporuje Vaše pracoviště (např. finančně, časově) možnost absolvování kurzu bazální stimulace?**

- ano, plně
- ano, částečně
- ne

**13) Využíváte na Vašem oddělení koncept bazální stimulace?**

- ano
- ne

*Pokud jste odpověděl/a ANO, podílí se na Vašem pracovišti všichni členové týmu na aplikaci bazální stimulace?*

- ano
- ne

*Pokud jste odpověděl/a NE, tak z jakého důvodu?*

- časová náročnost
- nedostatek pomůcek
- nedostatek proškoleného personálu
- nedostatek informací
- jiný důvod (prosím uveďte).....

**14) Máte vlastní zkušenost s aplikací bazální stimulace v praxi?**

- ano
- ne

*Pokud jste zvolil/a možnost NE, dále prosím nepokračujte. Děkuji Vám.*

**15) U jakých pacientů koncept bazální stimulace nejčastěji využíváte? (možnost výběru více odpovědí)**

- u pacientů v komatózním stavu
- u pacientů na umělé plicní ventilaci
- u pacientů po cévní mozkové příhodě
- u pacientů po kraniocerebrálním poranění mozku
- u neklidných a dezorientovaných pacientů

- u imobilních pacientů
- u hemiplegických pacientů
- u umírajících pacientů
- jiné (prosím uveďte).....

**16) Jaké prvky při aplikaci konceptu bazální stimulace nejčastěji využíváte? (možnost výběru více odpovědí)**

- somatická stimulace
- vestibulární stimulace
- vibrační stimulace
- optická stimulace
- auditivní stimulace
- orální stimulace
- olfaktorická stimulace
- taktilně-haptická stimulace

**17) Je z Vašeho pohledu aplikace konceptu bazální stimulace v ošetrovatelské péči efektivní?**

- ano
- ne

**18) Máte vlastní zkušenost z praxe, kdy se pacientův stav zlepšil na základě využití konceptu bazální stimulace?**

- ano
- ne

**19) Vnímáte koncept bazální stimulace jako součást ošetrovatelské péče?**

- ano
- ne

**20) Je z Vašeho pohledu čas, který pacientovi věnujete aplikací bazální stimulace dostačující?**

- ano
- ne
- nemohu posoudit

**21) Vnímáte aplikaci konceptu bazální stimulace z hlediska péče o pacienta, jako časově návratnou? (čas, který pacientovi věnujete aplikací konceptu bazální stimulace se Vám výhledově vrátí v podobě zlepšení stavu pacienta a s tím související snížení celkové náročnosti ošetrovatelské péče)**

- ano
- ne

**MOCKRÁT VÁM DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ**

## Příloha č. 2- Souhlas s průzkumným šetřením



**Nemocnice  
Náchod**

VÁŠ DOPIS ZN:  
ZE DNE:

NAŠE ZN: *K/18/93390 30/95*

VYŘIZUJE: Mgr. Markéta Vyhnanovská  
TEL: 491 601 651  
FAX:

E-MAIL: vyhnanovska.marketa@nemocnicenachod.cz

DATUM: 19. 12. 2018  
V Náchodě

**Ledvinová Marcela**

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření

Dobrý den,

souhlasím s provedením výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Náchod a.s. u zaměstnanců na odděleních intenzivní péče na téma „ Bazální stimulace v ošetrovatelské péči“ s tím, že tento výzkum bude anonymní a bude použit pouze pro Vaše studijní účely.

S pozdravem

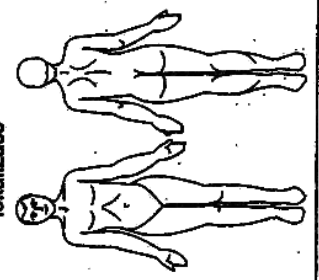
Mgr. Markéta Vyhnanovská  
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Oblastní nemocnice Náchod a.s.

*[Signature]*  
OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD a.s.  
Purkyňova 446  
547 69 NÁCHOD  
40

**BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE**


Nemocnice Náchod
▶ Datum: ▶ List č.:
▶ počet č. ▶ jméno a příjmení ▶
▶ roční číslo ▶

<p><b>Datum a čas zahájení stimulace:</b> blízká osoba:</p> <p>INICIÁLNÍ DOTEK <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>místo:</p> <p><b>Tělesný kontakt</b> je zvyklý na tělesný kontakt <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne na kterém místě nemá rád dotek:</p> <p><b>Pohyb tělesné aktivity</b> pravidelná tělesná aktivity <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaká: ..... specifikace postižení <input type="checkbox"/> poruchy rovnováhy <input type="checkbox"/> hemiplegie <input type="checkbox"/> poruchy citlivosti <input type="checkbox"/> hypotonie <input type="checkbox"/> elasticita <input type="checkbox"/> kontrakтуры jiné: .....</p> <p>jiná specifikace</p>	<p><b>Výživa:</b> upřednostňuje chuť <input type="checkbox"/> sladké <input type="checkbox"/> kyselé <input type="checkbox"/> ostré <input type="checkbox"/> slané</p> <p>teplota jídla: <input type="checkbox"/> teplé <input type="checkbox"/> vlažné <input type="checkbox"/> studené</p> <p>konzistence: <input type="checkbox"/> měkké <input type="checkbox"/> pevná strava <input type="checkbox"/> tekutá strava</p> <p>oblíbený nápoj: .....</p> <p>oblíbený pokrm: .....</p> <p>nejsnáší: .....</p> <p>upozornění:</p> <p><b>Vyprazdňování</b> problémy s močením <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaké:</p> <p>problémy se stolicí <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaké:</p> <p>při inkontinenci používá plienkové kalhoty <input type="checkbox"/> ink. vložky <input type="checkbox"/> perm. katetr jiné:</p>	<p><b>Spánek</b> obvykle spí <input type="checkbox"/> záda <input type="checkbox"/> břicho <input type="checkbox"/> pravý bok <input type="checkbox"/> levý bok</p> <p>jak spí <input type="checkbox"/> chodí časně spát <input type="checkbox"/> chodí pozdě spát <input type="checkbox"/> v noci se budí <input type="checkbox"/> vstává velmi časně <input type="checkbox"/> spí ráno dlouho <input type="checkbox"/> odpolední spánek</p> <p>kolik hodin denně spí .....</p> <p>oblíbený polštář/deka <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> má u sebe <input type="checkbox"/> bude přinesen</p> <p>způsob zakrytí <input type="checkbox"/> lehce <input type="checkbox"/> po ramena <input type="checkbox"/> po krk jinak:</p> <p><b>Regulace tělesné teploty</b> <input type="checkbox"/> nic zvláštního <input type="checkbox"/> je mu často zima <input type="checkbox"/> poří se jiné:</p> <p><b>Významný handicap</b> <b>Pomůcky</b> <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák problémy se zrakem <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L (oko) <input type="checkbox"/> brýle/čochy jaké: problémy se sluchem <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L (ucho) <input type="checkbox"/> naslouchátko jaké: porucha polykání <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaká:</p>
--	---	--



<p><b>Tělesná péče</b></p> <p>hygienická péče důležitá <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> velmi důležitá</p>	<p><b>Způsob života</b></p> <p>povolání:</p> <p>koníčky, zájmy:</p> <p>děti, vnoučata:</p> <p>zvířata:</p> <p>přinesené předměty vztahující se k povolání, zájmům:</p> <p>víra:</p> <p>jak snášíš bolest?</p> <p>jak zvládáš zátěžové situace?</p> <p>má relaxační techniky?</p> <p>důležitý zážitek v poslední době?</p> <p>jiné:</p>	<p>přinesené předměty k uspořádání jeho okolí:</p> <p>anamnézu odebral/a:</p> <p>dne: hodí:</p> <p>dotazy zodpověděl/a:</p> <p>je v poměru ke klientovi:</p>
<p>koupel denně <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> více než 2x týdně <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> více než 2x</p>		
<p>teplota vody <input type="checkbox"/> chladná <input type="checkbox"/> vlažná <input type="checkbox"/> teplá <input type="checkbox"/> horká</p> <p>stav pokožky <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> mastná <input type="checkbox"/> suchá</p> <p>mytí <input type="checkbox"/> zvláštností <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>vůně: <input type="checkbox"/> budou přineseny rituály při mytí:</p>		
<p>holení</p> <p><input type="checkbox"/> holicí strojek</p> <p><input type="checkbox"/> holicí pěna <input type="checkbox"/> voda po holení <input type="checkbox"/> deodorant</p>		
<p>mytí vlasů <input type="checkbox"/> zvláštností <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>jaké:</p>		
<p>péče o zuby <input type="checkbox"/> ráno <input type="checkbox"/> večer <input type="checkbox"/> po jídle</p> <p><input type="checkbox"/> zubní kartáček <input type="checkbox"/> elektrický kartáček</p> <p><input type="checkbox"/> pasta s příchutí:</p> <p><input type="checkbox"/> zubní protěza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní</p>		
<p>péče o nehty <input type="checkbox"/> zvláštností <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>jaké:</p>		

Příloha č. 4- Záznam realizace výkonů BS v ONN a.s.



Nemocnice  
Náchod

## REALIZACE VÝKONŮ BAZÁLNÍ STIMULACE

► list č.:

název oddělení

pokoj č.

jméno a příjmení

rodné číslo

	Datum														
		den	noc	den	noc	den	noc	den	noc	den	noc	den	noc	den	noc
	tlumení														
	iniciální dotek														
Somatická stimulace	celková koupel osvěžující														
	celková koupel zklidňující														
	propletení prstů na ruce														
	překřížení dolních končetin														
	položení rukou na hrudník														
	kontaktní dýchání														
	masáž stimulující dýchání														
	poloha hnízdo														
	poloha mumie														
	mikropohovávání														
	somatická masáž obličeje														
	asistované mytí														
	asistované čištění zubů														
Vestibulární stimulace	otáčení hlavy														
	polohování														
	pohyb ovesného klasu														
Orální stimulace	pomocí čeho:														
Opatková stimulace	obrázky														
	fotky														
	televize														
	předměty														
Auditivní stimulace	rádio														
	MP 3														
	discman														
	hlas příbuzného														
	rozhovor														
Tactile stimulace	oblíbený předmět														
	osobní věci														
Jiné	skin to skin														
	klokánek														
Podpis a razítko sestry															

